Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer Behandlung einer neurologisch-psychiatrischen Klinik

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Heinrich Rettig
aus Passau
1977

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. H. Heimann

Zur Situation von ausländischen Arbeitnehmern in stationärer Behandlung einer neurologisch-psychiatrischen Klinik

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

dem Fachbereich Klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Heinrich Rettig
aus Passau
1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. H.-E. Hoffmeister

Berichterstatter: Professor Dr. A. Finzen
(Professor Dr. H. Heimann)

Für wertvolle Anregungen und Unterstützung
danke ich

Herrn Professor Dr. A. Finzen
Herrn Dr. Schied
sowie den Mitarbeitern der UNK.
Nicht zuletzt jedoch gilt mein Dank den Patienten,
die sich für diese Untersuchung zur Verfügung
stellten.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523707_0083

Harry Schulz †
und meiner Mutter Anna Schulz
in Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Theoretische Vorbemerkungen zur Situation von Arbeitsemigranten	5
2.1	Entwicklung und Umfang der Ausländerbeschäftigung in der BRD	5
2.2	Die Situation des ausländischen Arbeitnehmers in der BRD	7
2.2.1	Allgemeine Anmerkungen über soziale Verhältnisse und ihrem möglichen Einfluß auf die psychische Gesundheit	7
2.2.2	Die soziale Lage der ausländischen Arbeitnehmer	10
2.2.2.1	Die rechtliche Stellung des ausländischen Arbeitnehmers in der BRD	11
2.2.2.2	Die Stellung des ausländischen Arbeitnehmers im Betrieb	13
2.2.2.3	Die Wohnungssituation des ausländischen Arbeitnehmers	13
2.2.2.4	Das Verhältnis ausländische Arbeitnehmer - einheimische Bevölkerung	14
2.3	Migration und Migrationspsychiatrie	15
2.3.1	Migration	15
2.3.2	Zur Psychiatrie der Migration	16
3.	Ziele der Untersuchung. Material und Methode	20
3.1	Ziele der Untersuchung	20
3.1.1	Vorbemerkung	20
3.1.2	Der ausländische Arbeitnehmer als Patient in einer Nervenklinik	21

		Seite
3.2	Material und Methode	23
3.2.1	Abgrenzung des untersuchten Patienten-kollektivs	23
3.2.2	Die Patientengruppe von 1974	23
3.2.3	Auswertung von Krankenblättern 1971 - 1974	25
3.2.4	Tagesprotokolle	28
3.2.5	Personalbefragung	30
3.2.5.1	Befragung der Ärzte	31
3.2.5.2	Befragung des Pflegepersonals	31
3.3	Kritische Einschränkungen	32
4.	Ergebnisse der Untersuchung	34
4.1	Das Patientenkollektiv von 1974	34
4.1.1	Biographische Angaben	34
4.1.2	Einige Angaben zur sozialen Anamnese	38
4.1.3	Der ausländische Patient in der Klinik	42
4.1.3.1	Einweisungsmodus	42
4.1.3.2	Unterbringung	43
4.1.3.3	Diagnostik	45
4.1.3.4	frühere psychische Erkrankungen	53
4.1.3.5	familiäre Belastung	54
4.1.3.6	Behandlung	55
4.1.3.7	Klinikaufenthalt	56
4.1.3.8	Behandlungsergebnis	57
4.1.3.9	Falldarstellungen	58
4.2.	Krankenblattauswertung 1971 - 1974 Patienten auf psychiatrischen Stationen	64
4.2.1	Biographische Angaben	64
4.2.2	Klinische Daten	66
4.2.2.1	Einweisungsmodus	66
4.2.2.2	frühere psychische Erkrankungen	67
4.2.2.3	familiäre Belastung	68

		Seite
4.2.2.4	Diagnosen	68
4.2.2.5	Krankheitssymptomatik	70
4.2.2.6	therapeutische Probleme	71
4.2.2.7	Klinikaufenthalt	77
4.2.2.8	Behandlungsergebnis	77
4.3	Krankenblattauswertung 1971 - 1974 Patienten auf neurologischen Stationen	79
4.3.1	Biographische Angaben	79
4.3.2	Klinische Daten	81
4.3.2.1	Einweisungsmodus	81
4.3.2.2	Mehrfachaufenthalte	81
4.3.2.3	frühere Erkrankungen	81
4.3.2.4	familiäre Belastung	82
4.3.2.5	Diagnosen	82
4.3.2.6	Krankenblatthinweise zum Verständigungsproblem	83
4.3.2.7	Psychischer Befund	83
4.3.2.8	Therapie	84
4.3.2.9	Verweildauer	85
4.3.2.10	Ergebnis der Behandlung	85
4.4	Tagesprotokolle	86
4.4.1	Ortsangabe	86
4.4.2	Tätigkeit	87
4.4.3	Kommunikation	87
4.4.4	Art der Kommunikation	88
4.5	Personalbefragung	89
4.5.1	Befragung der Ärzte	89
4.5.2	Befragung des Pflegepersonals	93
5.	Diskussion der Ergebnisse	97
5.1	Zur vorklinischen Situation	98
5.2	Einweisung	99
5.3	Unterbringung	99

Seite

5.4 Diagnostik und Krankheitssymptomatik 100
5.5 Therapeutische Probleme 101
5.6 Ausländische Patienten auf neurologischen Stationen 105
5.7 Tagesprotokolle und Personalbefragung 106

6. Zusammenfassung 111

7. Literaturverzeichnis 113

1. Einleitung

Auf den Stationen der Universitäts-Nervenklinik (UNK) werden jährlich etwa 100 ausländische Patienten behandelt. Davon sind 70 bis 90 ausländische Arbeitnehmer (aA) - gewöhnlich als "Gastarbeiter" bezeichnet, obwohl man Gäste ja normalerweise nicht arbeiten läßt - aus Ländern des Mittelmeergebiets; also Türken, Griechen, Jugoslawen, Italiener, Spanier und Portugiesen. Die Einweisung erfolgt zu fast gleichen Teilen auf die neurologischen und psychiatrischen Stationen. Der Anteil der aA an der Gesamtpatientenzahl unter Berücksichtigung von Mehrfacheinweisungen bewegt sich somit in einer Größenordnung von 4 bis 5 %.

Diese Zahl spiegelt jedoch nur unvollkommen die Bedeutung der medizinisch-psychiatrischen Versorgung einer Bevölkerungsgruppe wider, die in manchen Städten und in Zeiten der Hochkonjunktur einen Anteil von mehr als 10 % erreicht: Zum Beispiel betrug im Stadtkern Stuttgart der Anteil der Ausländer an der Wohnbevölkerung am 1.7.1973 15,6 % (29).

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es nun unter anderem über Möglichkeiten, Erfolge und Schwierigkeiten bei der Diagnostik und Therapie von Angehörigen eines bestimmten, definierten Patientenkollektivs im neurologisch-psychiatrischen Bereich zu berichten - eben von Patienten obengenannter Nationalitäten.

Es scheint zunächst nötig, einige Argumente für die Zusammenfassung der aA zu einer Patientengruppe bereits an dieser Stelle anzuführen. Bei aller gebotenen Rücksichtnahme auf die individuelle Persönlichkeitsentwicklung, die verschiedenen kulturellen, sozialen und politischen Hintergründe in den Heimatländern, finden sich doch viele

Gemeinsamkeiten, die für praktisch alle aA zutreffen, die auch die Bildung des erwähnten Patientenkollektivs erlauben und deren wichtigste kurz genannt sein sollen:

1. Das Verlassen des eigenen Landes war mit ökonomischen Zwängen und mit sozialer Not verbunden. Es war demzufolge auch verbunden mit der Hoffnung, in Deutschland diese Not überwinden zu können.

2. Die aA sind auch in Deutschland Angehörige der Unterschicht. Manche Autoren sprechen von einer "neuen untersten sozialen Schicht" (3).

3. Werden aA psychisch krank, so ist die Behandlung in der Klinik "mit mannigfachen sozialen Problemen verbunden" (11).

Da man den letzten Punkt nicht losgelöst von den beiden ersten Punkten sehen kann, sei auf eine Untersuchung aus der UNK Tübingen verwiesen, die sich im wesentlichen mit der vorklinischen Situation, der "prepatient phase", des aA befaßt (10).
Aus dem Gesamtkomplex der klinischen Behandlung von psychisch kranken aA ragen zwei Probleme, die vorerst nur skizzenhaft und in groben Umrissen dargestellt werden, heraus: das erste ist das "Verständigungsproblem", das zweite umfaßt transkulturelle Besonderheiten - man könnte letzteres vielleicht auch als "Verständnisproblem" bezeichnen.

1. Das Verständigungsproblem:
   Die sprachliche Verständigung zwischen Arzt und Patient ist in jedem Bereich der Medizin von grosser Wichtigkeit, erlangt jedoch in keiner Disziplin eine derartige Bedeutung wie in der Psychiatrie. Ist es überhaupt möglich, erfolgreich Diagnostik und Therapie zu betreiben, wenn das wichtigste

Hilfsmittel eines therapeutischen Teams in einer Nervenklinik, die verbale Kommunikation mit dem Patienten, nicht oder doch nur in eingeschränktem Maße zur Verfügung steht?

2. Das Verständnisproblem:
Verschiedene Kulturen haben verschiedene Reaktions- und Verhaltensmuster hervorgebracht. Was in einer Gesellschaft noch als "normal" angesehen wird, gilt in einer anderen schon als "psychopathologisch". Können derartige Unterschiede bei der Diagnosenstellung berücksichtigt werden? Spielen sie überhaupt eine Rolle während des stationären Aufenthalts? Hat das therapeutische Team Schwierigkeiten, mit den ausländischen Patienten zurechtzukommen?

Es gibt vermutlich noch andere relevante Unterschiede in der Behandlung von ausländischen und deutschen Patienten. Auf sie wird an entsprechender Stelle jeweils näher einzugehen sein.
Auch und gerade im Hinblick auf die aA muß noch vermerkt werden, daß es wohl eine unzulässige Vereinfachung wäre, psychische Erkrankungen ohne Zusammenhang mit soziologischen, ökonomischen und politischen Faktoren zu sehen. Es wird deshalb versucht, in den nachfolgenden "Theoretischen Vorbemerkungen" einen groben Überblick über die Lage der aA in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Da es andererseits den Rahmen einer medizinischen Dissertation sprengen würde, diesen ganzen Komplex genauer zur Darstellung zu bringen, wird auf die einschlägigen Arbeiten und Untersuchungen verwiesen, die im Literaturverzeichnis zusammengestellt sind.
Es sei auch noch darauf verwiesen, daß es sich bei der vorliegenden Studie um einen begrenzten Untersuchungsansatz handelt, dessen Ergebnisse Tendenzen aufzeigen können und

vielleicht Grundlagen für umfassendere, methodisch aufwendigere Studien bilden können.

2. Theoretische Vorbemerkungen: Zur Situation von Arbeitsemigranten+

2.1 Entwicklung und Umfang der Ausländerbeschäftigung in der BRD

Die Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland spielte bis weit in die fünfziger Jahre hinein nur eine untergeordnete Rolle. Noch 1957 lag die Zahl der ausländischen Arbeitnehmer bei 100 000. Erst nachdem die dritte Hochkonjunktur der Nachkriegszeit 1959/60 den Durchbruch zur Vollbeschäftigung gebracht hatte, gewann die Ausländerbeschäftigung an Gewicht (5). Ab 1961 wurde der Zustrom von aA durch den Wegfall der Flüchtlinge aus der DDR nach dem Berliner Mauerbau noch verstärkt.
Mit folgenden industriell schwach entwickelten Ländern schloß die Bundesregierung Abkommen über die Anwerbung und Vermittlung von Arbeitskräften:

1955 Italien
1960 Spanien und Griechenland
1961 Türkei
1963 Marokko
1964 Portugal
1965 Tunesien
1968 Jugoslawien

Die Zahl der aA stieg in den folgenden Jahren steil an und erreichte 1973 mit 2,59 Millionen ihren Höchststand. Der Anstieg verlief bis auf die Rezessionsjahre 1966/67 relativ konstant. Ab 1974 begann die Zahl der aA wegen der

+ Dieser Abschnitt der Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit H. Esslinger erstellt, der sich in seiner Dissertation ebenfalls mit dem Thema "Psychische Erkrankungen bei aA" befaßt (10).

erneuten Wirtschaftskrise und des deshalb von der Bundesregierung verhängten Anwerbestopps wieder zu sinken. In der Abbildung 1 ist die Entwicklung der Ausländerbeschäftigung von 1960 - 1974 dargestellt.

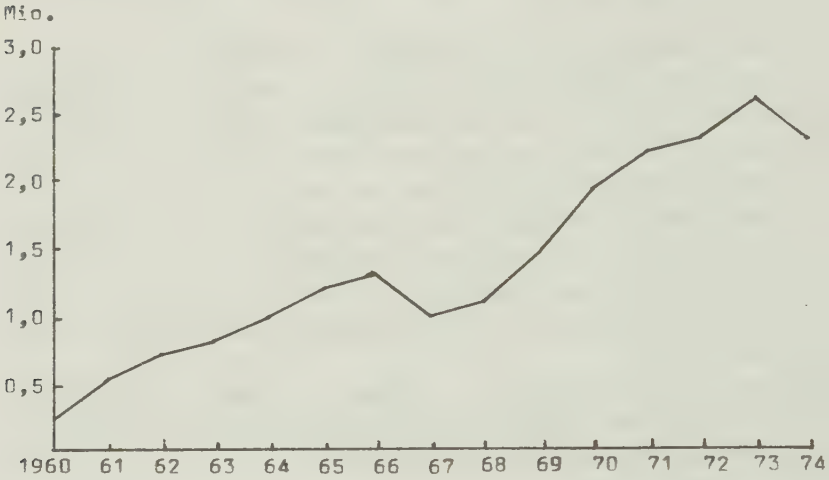


Abb. 1: Beschäftigte aA von 1960 - 1974

Entsprechend entwickelte sich auch der Anteil der aA an der Gesamtzahl der unselbständigen Erwerbstätigen von 1,5 % im Jahre 1960 auf über 11 % im Jahre 1973 (sogenannte Ausländerquote). Im Arbeitsbezirk Stuttgart stieg diese Quote sogar bis 21,7 % (Stand März 1972). Nimmt man die Familienangehörigen und eine Dunkelziffer von illegal sich in der Bundesrepublik aufhaltenden Ausländern hinzu, so befanden sich 1973 nach neueren Schätzungen insgesamt über vier Millionen ausländische Bürger in der BRD.
Aufgeschlüsselt nach Nationalitäten ergibt sich folgendes Bild: Türken, Jugoslawen, Italiener und Griechen stellen mit zusammen über 70 % den Hauptanteil der Ausländer. Mit

Abstand folgen Spanier, Portugiesen, Marokkaner, Tunesier und Arbeiter aus anderen Ländern (siehe Tabelle 1).

Nationalität	Gesamtzahl	% der aA
Türken	528 414	22,5
Jugoslawen	465 611	19,8
Italiener	409 448	17,5
Griechen	268 408	11,4
Spanier	179 157	7,6
Portugiesen	68 994	2,9
Marokk. u. Tun.	26 385	1,2
Übrige	400 383	17,1

Tab. 1: Aufschlüsselung der aA nach Nationalitäten - Stand Januar 1973

Quellennachweis:
Die im Abschnitt 2.1 genannten Zahlen stammen aus verschiedenen Untersuchungen der Bundesanstalt für Arbeit (siehe Literaturverzeichnis).

2.2 Zur Situation des aA in der BRD

2.2.1 Allgemeine Anmerkungen über soziale Verhältnisse und ihrem möglichen Einfluß auf die psychische Gesundheit

In vielen Studien, vor allem aus dem angloamerikanischen Raum, wurden Zusammenhänge zwischen der sozialen Stellung in der Gesellschaft und der Häufigkeit psychischer Erkrankungen untersucht. Dabei wurde festgestellt, daß die Gefahr, psychisch krank zu werden, in den unteren Schichten größer ist als in der sogenannten Oberschicht. DOHRENWEND und DOHRENWEND (1965) stellten 24 Prävalenzstudien zu dieser Problematik zusammen. In 19 dieser Arbeiten wurde die höchste Rate psychischer Erkrankungen

in der Unterschicht, in vier Arbeiten in der Mittelschicht und in einer Arbeit in der Oberschicht gefunden (9). GLEISS, SEIDEL und ABHOLZ (1973) stützen sich vorwiegend auf die großen amerikanischen Studien, wie die New Haven Study, die Midtown Manhattan Study und die Stirling County Study. Auch hier wurde die größere psychische Erkrankungsrate in den unteren sozialen Schichten aufgezeigt. Sowohl die Prävalenz- als auch die Inzidenzraten waren in der Unterschicht signifikant erhöht (14). Diese Angaben gelten uneingeschränkt für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und für schwere Persönlichkeitsstörungen, die Angaben in den einzelnen Studien über neurotische Störungen und manisch-depressive Psychosen sind dagegen uneinheitlich.

ABHOLZ (1973) versucht anhand zahlreicher Untersuchungen die höhere Erkrankungsrate in den sozial schwächeren Schichten zu erklären. Er kommt zu folgendem Ergebnis: "Für die hohe Inzidenzrate in der Unterschicht kann nicht allein ein sozialer Abstieg der psychisch Kranken im prämorbiden Stadium verantwortlich gemacht werden, vielmehr hat die soziale Schicht echt sozialpathologische Bedeutung" (14).

Als sozialpathologische Faktoren führt er an:

- Stresshäufung in den Unterschichten
- Mangel an stabilisierenden positiven Erlebnissen (vgl. auch PHILLIPS 1968 (25))
- unzureichende psychische Abwehrmechanismen
- geringere Möglichkeiten der Unterschicht mit realen Belastungen (z.B. finanzieller Art) auch entsprechend zurechtzukommen (nämlich mit Geld)

Konkrete psychische Belastungssituationen seien am Beispiel der Arbeit bzw. des Berufes aufgezeigt: die Angst, vor allem in wirtschaftlich schlechten Zeiten, den Arbeitsplatz

zu verlieren, ist bei einem Angehörigen der Unterschicht sicher berechtigter als bei einem Angehörigen der Mittel- oder Oberschicht. Die Arbeit selbst ist oft unbefriedigend, weil monoton (Fließbandarbeit), oft auch schwer, so daß insbesondere ältere Arbeitnehmer körperliche Schäden davontragen. Der Verdienst ist häufig niedrig und ungerecht (sogenannte Leichtlohngruppen, in denen vor allem Frauen geschäftigt sind). Die geringe Bezahlung der Arbeit führt dementsprechend auch zu einer schlechten materiellen Absicherung. Jede zusätzliche Belastung wirft dann auch grosse Probleme auf, z. B. ein Unfall oder eine Mieterhöhung. Auch in anderen Lebensbereichen kommt es in der Unterschicht zu einer Stresshäufung. Erwähnt sollen noch die Wohnverhältnisse und die geringeren Bildungsmöglichkeiten werden.

Die obengenannten sozial-pathologischen Faktoren wirken sich naturgemäß auch belastend für die familiäre Sphäre aus. So kann es dann dazu kommen, daß aus dem privaten Schutzraum der Familie selbst ein Herd neuer Belastungen wird.

Am Schluß seiner Ausführungen über die Stressfaktoren verweist ABHOLZ auf Studien, die deutlich machen, daß in sozialen Unterschichten das tatsächlich Erreichte von der für wünschenswert gehaltenen Karriere oft erheblich abweicht: "Diese Diskrepanz zwischen Erwünschtem und Erreichtem wiederum konnte ebenfalls als pathogener Faktor für psychische Erkrankung nachgewiesen werden." Der Mißerfolg wird daher häufig als persönliches Verschulden empfunden: "Gerade aber wieder das Erleben, ein Versager zu sein, selbst an seinem Elend schuld zu sein, dürfte die Selbstachtung und damit die Identität stark gefährden" (14). KOHN (1969) interpretiert die Ergebnisse der zahlreichen Studien über den Zusammenhang von sozialer Schicht und psychischer Erkrankung wesentlich vorsichtiger (17). Er

weist auf die Mängel hin, die bei fast allen bisherigen epidemiologischen Arbeiten gefunden werden können: Dennoch kommt auch er zu der Überzeugung, daß die große Übereinstimmung der Ergebnisse den Schluß der erhöhten psychischen Erkrankungsrate in den unteren sozialen Schichten genügend untermauert.
Am Beispiel der Schizophrenieraten stellt er u. a. zwei Hypothesen gegenüber: die Drift-Hypothese, die aussagt, daß Personen, bei denen sich eine Schizophrenie entwickelt, sozial abgleiten (drift); und die Stress-Hypothese, derzufolge belastende Faktoren die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigen. Stress, soziale Nonintegration und Isolation läßt KOHN als mögliche Erklärungen - neben anderen Erklärungsversuchen auch - für die höhere Schizophrenierate in der Unterschicht durchaus gelten. Die kausale Richtung der Beziehung Schizophrenie - soziale Klasse läßt sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig festlegen. KOHN kommt zu dem Schluß, daß gegenwärtige Forschungsergebnisse es wahrscheinlich machen, "daß die Erkrankung beträchtlich durch die Lebensumstände der unteren sozialen Schichten begünstigt wird" (17).
Zusammenfaseend läßt sich also sagen, daß Angehörige der Unterschicht ein erhöhtes Risiko tragen, psychisch krank zu werden. Es gibt dafür verschiedene Erklärungsversuche. Bislang läßt sich jedoch nicht eindeutig entscheiden, inwieweit die genannten Faktoren Ursache oder Auswirkung einer psychischen Erkrankung sind.

2.2.2 Die soziale Lage der ausländischen Arbeitnehmer

Die aA, die ihre Heimat und eventuell auch ihre Familie verlassen haben, um in der BRD zu arbeiten, stehen zunächst vor der großen Schwierigkeit, sich in der neuen Umgebung zurechtzufinden. Berücksichtigt man die überwiegend ländlich-dörfliche Herkunft der aA einerseits, und die

Tatsache, daß die meisten von ihnen hier in großen Städten und wirtschaftlichen Ballungsgebieten leben und arbeiten müssen andererseits, so wird das Ausmaß der persönlichen Belastung bei dieser Umstellung deutlich: "Von einem Tag auf den anderen müssen sie die gewohnte Umgebung, das Klima, den tradierten Lebensrhythmus, die Geborgenheit der Großfamilie entbehren" (28). Die Erziehung und die daraus resultierenden Wertvorstellungen und Handlungsentwürfe sind für die Fremde oft völlig unzureichend oder gar ganz fehl am Platze. Für diese Problematik sind die bezeichnenden Begriffe "Kulturkonflikt" und "Zivilisationsschock" geprägt worden. Doch neben diesen Anpassungsschwierigkeiten, die jede Migration mit sich bringt, entstehen dem Arbeitsemigranten in der BRD durch seine schlechte soziale Lage weitere Belastungen. Im folgenden seien vier Bereiche angesprochen:

- der rechtliche Status des aA in der BRD
- die Stellung des aA im Betrieb
- die Wohnungssituation des aA
- das Verhältnis aA - einheimische Bevölkerung

2.2.2.1 Die rechtliche Stellung des aA in der BRD

Das Ausländergesetz von 1965 stellt die rechtliche Grundlage für den Aufenthalt von Ausländern in Deutschland dar. Die wichtigsten Bestimmungen finden sich in den §§ 1 und 2:
§ 1, Abs. 1: "Ausländer k ö n n e n nach Maßgabe dieses Gesetzes in den Geltungsbereich dieses Gesetzes einreisen und sich darin aufhalten".
§ 2 Aufenthaltserlaubnis: "Ausländer, die in den Geltungsbereich dieses Gesetzes einreisen und sich darin aufhalten wollen, bedürfen einer Aufenthaltserlaubnis. Die Aufenthaltserlaubnis d a r f erteilt werden, wenn die Anwesenheit des Ausländers Belange der BRD nicht beeinträchtigt".

In der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Ausländergesetz, in der die Richtlinien für die Genehmigung oder Ablehnung eines Aufenthaltsgesuches aufgeführt sind, heißt es in der Ziffer 6 zu § 2 Ausl. G.:
"Außer Gründen, die in der Person des Ausländers liegen, sind insbesondere auch Gründe politischer und wirtschaftlicher Art sowie Belange des Arbeitsmarktes zu beachten."
Diese Formulierungen lassen erkennen wie groß der Ermessensspielraum der zuständigen Behörden ist. Es ist sicher verständlich, daß die gesetzgebenden Organe verpflichtet sind, Maßnahmen zum Schutz von Staat und Wirtschaft durchzuführen. Man muß sich jedoch fragen, wie weit es mit rechtsstaatlichen und sozialen Prinzipien vereinbar ist, wenn zum Beispiel eine Aufenthaltserlaubnis wegen längerer Erkrankung eines Ausländers nicht erneuert wird - mit der vom Gesetz her abgedeckten Begründung, daß (wirtschaftliche) Belange der BRD tangiert werden.
Neben der Aufenthaltserlaubnis benötigt der aA noch eine Arbeitserlaubnis.+ Diese wird gewöhnlich für ein Jahr erteilt und muß folglich stets erneuert werden. Außerdem kann sie an einen bestimmten Arbeitsplatz gebunden sein. Erlöscht die Arbeitserlaubnis, so ist die meist gekoppelte Aufenthaltsgenehmigung ebenfalls hinfällig. "Das Ausländergesetz ist so das Mittel, ausländische Arbeiter in unsere Wirtschaftsordnung zu integrieren als einen nutzbringenden und berechenbaren Faktor des Arbeitskräftepotentials" (13).
Diese rechtlich unsichere Stellung des aA in der Gesellschaft führt, besonders in wirtschaftlichen Krisenzeiten, zur Angst davor, den Arbeitsplatz zu verlieren und damit ausgewiesen zu werden. Wertet man diese Angst als Stressfaktor im obengenannten Sinn, so kann man sich leicht vorstellen, daß sie als e i n Faktor bei der Entstehung

+Entfällt für EG-Angehörige infolge der Freizügigkeitsregelung.

von psychischen Störungen mitwirken könnte.

2.2.2.2 Die Stellung des aA im Betrieb

Von 1961 bis 1971 verringerte sich die Zahl der deutschen Arbeitnehmer im produzierenden Gewerbe um 870 000, während die Zahl der aA um fast 1,1 Millionen anstieg. " Die beiden Wanderungsbewegungen haben sich gegenseitig bedingt und zeigen den Substitutionsprozeß "Deutsche durch Ausländer" im produzierenden Gewerbe" (7).

Man könnte statt Substitution auch Unterschichtung einsetzen. Die aA übernahmen als "neue unterste soziale Schicht" (3) diejenigen Arbeitsplätze, die von Deutschen gemieden werden. So waren 1970 94 % der Münchner Müllmänner Ausländer (28).

Nach den Angaben der Bundesanstalt für Arbeit waren 1972 72 % der aA ungelernte oder angelernte Arbeiter. Ein beruflicher Aufstieg war in nennenswertem Umfang nur vom ungelernten zum angelernten Arbeiter zu verzeichnen. Die schlechte berufliche Stellung am Arbeitsplatz läßt sich durch zwei Gründe erklären: Nur 41 % der männlichen und 24 % der weiblichen aA haben im Heimatland einen Beruf erlernt. Ein beruflicher Aufstieg in der BRD ist kaum möglich. Es läßt sich also sagen, daß die meisten aA die am wenigsten begehrten Arbeiten verrichten und kaum Aussichten haben, beruflich aufzusteigen.

2.2.2.3 Die Wohnungssituation des aA

Für die Unterkunft gilt entsprechend das für den Arbeitsplatz Erwähnte:

- die aA bekommen im Regel die schlechteren Wohnungen
- sie müssen dafür mehr Miete zahlen: nach Erhebungen in Nordrhein-Westfalen übersteigen die Wohnungsmieten der aA den deutschen Vergleichsstandard um 30 % (28).

Als Unterkünfte für aA werden, vor allem in Großstädten,

unter anderem angeboten:
Holzverschläge, ehemalige Werkshallen und Kasernen, sanierungsreife Mietshäuser (28).
Zwei Entwicklungen werden durch diese Methode heraufbeschworen: Einerseits Isolation des Einzelnen durch die Unterbringung in Kammern und Kellern, andererseits auch eine gewisse Gettobildung durch die Unterbringung in großstädtischen Elendsvierteln, aus denen immer mehr Deutsche ausziehen und Ausländer in die freigewordenen Wohnungen einziehen (Beispiel: Berlin-Kreuzberg). Beides jedenfalls verhindert eine Integration in die neue Gesellschaft.
Die Wohnung als Kompensationsmöglichkeit für die Belastungen am Arbeitsplatz ist somit für die meisten aA eine Illusion. Fehlt diese Möglichkeit des seelischen Ausgleichs, so ist nach Ansicht mancher Autoren mit "emotionaler Verelendung und Verkrüppelung (Teilinvalidität, Apathie, psychosomatische Störungen)" zu rechnen (15). Auch wenn man diese Ansicht nicht in dieser Form teilt angesichts der Tätsache, daß die meisten aA in den Heimatländern wohl ebenfalls eher in bescheidenen Wohnverhältnissen lebten, so bleibt doch festzuhalten, daß ein derartiges Vorgehen von Vermietern und Wohnungseigentümern den Status des aA als Außenseiter und Angehörigen einer sozialen Randgruppe noch verstärkt und, zusammen mit anderen Faktoren, durchaus Auswirkungen auf die psychische Stabilität haben könnte.

2.2.2.4 Das Verhältnis aA - einheimische Bevölkerung
Bei demoskopischen Umfragen sprachen sich 1961 30 %, 1965 51 % und im Rezessionsjahr 1967 73 % der deutschen Bevölkerung gegen eine Beschäftigung von aA in der BRD aus (30). Die gesellschaftliche Isolation wird also nicht nur durch Rechtsunsicherheit, Arbeitsplatzbedingungen und Wohnverhältnisse gekennzeichnet, sondern vor allem auch durch die Ablehnung weiter Bevölkerungskreise. Sprachliche und kulturelle Barrieren tun ein übriges dazu, eine Integration so

gut wie unmöglich zu machen. Außerdem kann es einmal in wirtschaftlich ungünstigen Zeiten und in Betrieben mit schlechter Auftragslage durchaus zur Konkurrenz zwischen ausländischen und deutschen Arbeitern um den Arbeitsplatz kommen.
Ablehnung und Vorurteile sind symptomatisch für das Verhältnis vieler Deutscher gegenüber Ausländern. Vom psychologischen Standpunkt her erfüllen diese Vorurteile ein Bedürfnis vieler Bürger; denn: "das Entscheidende am Vorurteil ist ....die Aufwertung der Eigengruppe und die Abwertung der Fremdgruppe" (27).
Ein Teil der Presse trägt weiter dazu bei, durch tendenziöse Berichte über aA eine Solidarisierung von den deutschen und ausländischen Arbeitern zu verhindern (13, 33). In einer Untersuchung im Saarland gaben lediglich 8 % der aA engere Beziehungen zu deutschen Arbeitskollegen an (32). Es scheint, als habe der Satz von Max Frisch "Wir brauchten Arbeitskräfte, und Menschen sind gekommen" noch kenen Eingang in das Bewußtsein vieler einheimischer Bürger gefunden (zitiert nach der ARD-Fernsehsendung "Pro und Contra: Einwanderungsland Bundesrepublik?" vom 10. April 1975).

2.3 Migration und Migrationspsychiatrie

2.3.1 Migration

Unter Migration versteht man jede Wanderung (24). Die Ursachen, Formen und Auswirkungen der Migration sind vielfältiger Natur und stehen in engen Wechselbeziehungen zueinander. Als Ursachen sind vor allem politische, religiöse und wirtschaftliche Gründe zu nennen. Der formale Ablauf besteht in allen Fällen in einer Änderung des geographischen Raumes und in den allermeisten Fällen - sieht man einmal von der "Landflucht" bzw. "Stadtflucht" bei der Binnenwanderung ab - in einer Änderung des Kultur- und Sprachraumes.

Wichtig erscheint es, in freiwillige und unfreiwillige Migration einerseits und Migration für immer und auf Zeit andererseits zu unterteilen. Es muß jedoch dahingestellt bleiben, ob die "freiwillige" Auswanderung nicht doch im Einzelfall das Ergebnis einer Konfliktsituation oder einer Notlage ist (37). Auch die Dauer des Aufenthalts im Zielland ist den Wünschen des Auswanderers oft weitgehend entzogen; sei es, weil eine Integration in der neuen, anderen Gesellschaft aus vielerlei Gründen nicht möglich ist, sei es, weil eine beliebig lange Aufenthaltsdauer vom Einwanderungsland nicht zugelassen wird. (Letzteres wird in der Bundesrepublik unter dem Stichwort "Rotationsprinzip" propagiert).
In dieses komplexe Bild der Migration fügen sich auch die Auswirkungen für den einzelnen Migranten ein: Vom gut angepassten, erfolgreichen, bis hin zum sozial abgestiegenen, im Getto oder in Isolation lebenden Einwanderer sind alle Schattierungen vorhanden.

2.3.2 Zur Psychiatrie der Migration
1678 beschreibt der Basler Johannes Hofer eine Krankheit der Schweizer Söldner (zitiert nach RIEDESSER, 1974): die "furchtbare Schweizerkrankheit" oder auch "Heimweh" genannt. Hofer bezeichnet diese Krankheit als "Nostalgie". Symptome sind, so Hofer: "dauernde Traurigkeit, gestörter Schlaf oder dauerndes Wachen, alleiniges Denken an die Heimat, Abnahme der Kräfte" usw. (26).
War in den vergangenen Jahrhunderten "die Nostalgie eine anerkannte medizinische Kategorie" (36), so wurde im Europa des gegenwärtigen Jahrhunderts des Heimwehproblem nur dürftig behandelt. In den USA wurden mehrere epidemiologische Untersuchungen durchgeführt, um festzustellen, ob die Rate für psychische Erkrankungen bei Einwanderern höher sei als die von Einheimischen (ÖDEGAARD 1932, ROBERTS

u. MYERS 1954, HOLLINGSHEAD u. REDLICH 1954, MALZBERG 1956). Die Ergebnisse sind unterschiedlich; nach PFLANZ (1960) ist jedoch die "Annahme, daß Einwanderer vermehrt an psychischen Störungen erkranken, statistisch nicht genügend gestützt". Diese Aussage gilt allerdings nur für freiwillige Emigranten (24).
Was dagegen Flüchtlinge angeht, so stellte MURPHY 1955 fest, daß die Zahl der psychischen Störungen erschreckend hoch ist. Als Beispiel nennt er lettische Flüchtlinge, die in Großbritannien doppelt so hohe Hospitalisierungsraten hatten als die einheimische Bevölkerung (20). In einer weiteren Untersuchung aus dem Jahr 1955 verweist MURPHY auf die Bedeutung der Einstellung der Gemeinschaft für die psychische Stabilität der Flüchtlinge (21).
Unterscheidet man zwischen "freiwilliger" und "unfreiwilliger" Migration, so läßt sich der Status der aA in der BRD weder der einen noch der anderen Kategorie eindeutig zuordnen: "Einerseits kommen sie freiwillig, andererseits veranlaßt sie die soziale Not zum Verlassen ihrer Heimat" (2). Bei einem großen Teil der aA ist es sicher so, daß unter dem Druck der ökonomischen Verhältnisse und der eigenen sozialen Situation im Heimatland von einer "Freiwilligkeit" der Entscheidung, das Land zu verlassen, nicht mehr gesprochen werden kann. Diese Personen haben also mehr Ähnlichkeit mit Flüchtlingen als mit Auswanderern: "Manche scheinbar freiwillige Wanderung ist das Ergebnis schicksalhafter Vorgänge, die dem Betreffenden kaum eine andere Wahl gelassen haben" (31). Da in der Bundesrepublik Deutschland mit ihren vier Millionen Ausländern eine großangelegte epidemiologische Untersuchung über die Zusammenhänge zwischen Migration und geistiger Gesundheit zum jetzigen Zeitpunkt (1976) noch aussteht, läßt sich nur vermuten, daß auch hier eine Erhöhung der psychischen Erkrankungsrate vorliegt.

Zum Zwang der Migration kommt eine spezifische Stress-Situation im Einwanderungsland: eine erhöhte Anpassungsleistung in einem sprach- und kulturfremden Raum. Drei Problemkreise charakterisieren die besondere Lage des aA im Hinblick auf die Gefährdung seiner psychischen Gesundheit:

- das Verlassen des festgefügten Lebens- und Kulturraumes;
- die soziale Isolation und Diskriminierung im Einwanderungsland (siehe Abschnitt 2.2),
- die sprachliche Verständigung ist naturgemäß in der Zeit am meisten erschwert, die für den aA am wichtigsten ist: die ersten Monate und Jahre, die Zeit der Anpassung an eine andere Gesellschaft also. ALLERS berichtete bereits 1920 über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung (1). Auf das Problem der Sprachbarriere wird noch des öfteren einzugehen sein.

Diese drei Bereiche haben natürlich mannigfaltige Zusammenhänge und Überschneidungen, vor allem aber haben sie eines gemeinsam: Sie dürften als potentiell pathogene Faktoren gewertet werden. Die These, daß Emigranten eine "soziale Auslese repräsentieren, wobei Persönlichkeitszüge, die mit einer Prädisposition zur Geisteskrankheit verbunden sind, entscheidend waren" (22), läßt sich angesichts der Tatsache, daß in den Mittelmeerländern "Geisterdörfer" entstehen - also Dörfer, in denen fast die gesamte arbeitsfähige Einwohnerschaft in Industriestaaten abgewandert ist (26) - in diesem Zusammenhang wohl nicht anwenden.

Zwei Reaktionen werden als typisch für Einwanderer beschrieben:

1. Die eingangs erwähnte "nostalgische Reaktion" bzw. "nostalgische Illusion" (36) mit einer idealistischen Verklärung der Heimat.

2. Die Entwurzelung, die auf der einen Seite in der mehr oder weniger starken Lösung der sozialen Bindungen zum früheren Lebensbereich, auf der anderen Seite in einer nicht geglückten Integration im neuen Lebensbereich besteht. Man kann die Nostalgie und die Entwurzelung als transkulturelles Substrat für die Entstehung einer Vielzahl psychopathologischer Erscheinungen ansehen: ZWINGMANN (1960) nennt als Symptome des nostalgischen Syndroms depressive Verstimmungen, Aggressivität, Reizbarkeit, gastro-intestinale Beschwerden, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit u. a. mehr (36).
Diese grundsätzlichen Überlegungen sollten jedoch nicht davon abhalten, die "objektive Ausbeutungssituation" (12) der aA sowie das mangelnde Integrationsangebot gegenüber dem aA sehen.
Letztendlich soll jedoch nochmals darauf hingewiesen werden, daß bislang eine Erhöhung der Krankheitsrate bei den aA nur vermutet werden kann. Auch der pathogene Einfluß mancher Umweltbedingungen konnte nur hypothetisch-skizzenhaft dargestellt werden; und es kann somit im Prinzip die konträre Hypothese, daß aA, die in der BRD psychisch krank werden, eine prämorbide Persönlichkeitsstruktur aufweisen, nicht widerlegt werden.

3. Ziele der Untersuchung. Material und Methode

3.1 Ziele der Untersuchung

3.1.1 Vorbemerkung

Ende 1973 wurden in der UNK Tübingen zwei medizinische Dissertationen vergeben, die sich mit dem Thema "Psychische Erkrankungen bei ausländischen Arbeitnehmern" zu befassen hatten. Zum damaligen Zeitpunkt war eine Änderung der Promotionsordnung dahingehend in der Diskussion, daß zukünftig auch Gruppenarbeiten zur Vorlage beim Dekanat des Fachbereiches zugelassen sein sollten. Das Thema wurde deshalb zunächst als Gruppenarbeit konzipiert und es wurde auch entsprechend vorgegangen, z.B. durch Arbeitsteilung in der Klinik und bei der Literaturbeschaffung; die Untersuchung sollte auch entsprechend umfangreich werden. Im Lauf der Zeit stellte sich dann heraus, daß eine Änderung der Promotionsordnung im obengenannten Sinn nicht zustandekommen würde; eine Trennung der Arbeit in zwei selbständige Teile wurde damit unvermeidlich. Von den verschiedenen diskutierten Möglichkeiten der Aufteilung wurde schliesslich diejenige ausgewählt, die den Trennungsstrich praktisch am Tag der Aufnahme des Patienten in der Klinik zieht. Eine Dissertation (ESSLINGER 1977) befaßt sich im wesentlichen mit der Situation des psychisch krank gewordenen aA v o r der Einweisung in die Klinik; die hier vorliegende Untersuchung hat die Situation des aA während des Klinikaufenthalts zum Inhalt.
Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß auch die vorgenommene Trennung nicht voll befriedigen kann; die Möglichkeit der Vorlage der Untersuchungen als Gruppenarbeit würde bevorzugt werden.

3.1.2 Der aA als Patient in einer Nervenklinik

Ein unbefangener, kritischer Beobachter in einer Nervenklinik, in der auch ausländische Patienten behandelt werden, würde vielleicht folgende Fragen an den Stationsarzt stellen:

- Wie kommt man mit Patienten zurecht, mit denen man sich nicht oder kaum verständigen kann?
- Ist die Diagnostik nicht so erschwert, daß die Gefahr der Fehldiagnose in erhöhtem Maße gegeben ist?
- Spielen transkulturelle Probleme und Fragen der Mentalität eine große Rolle?
- Wie erfolgreich ist die Therapie im Vergleich zu deutschen Patienten?
- Ist der ausländische Patient auf der Station isoliert?
- Ist es nicht auf der neurologischen Station so, daß manchmal eine umfangreiche und aufwendige Diagnostik betrieben wird, nur weil die Möglichkeit eines - Manches vielleicht klärende - Gespräches fehlt?

Er würde vielleicht noch vieles Andere wissen wollen, und es sei dahingestellt, was der Stationsarzt ihm zur Antwort geben könnte. Derartige Fragen mögen aber dazu dienen, zu verdeutlichen, was das Ziel dieser Untersuchung ist: Eine Beschreibung der Situation eines ausländischen Patienten in stationärer neurologischer oder psychiatrischer Behandlung.

Bei der Suche nach einschlägiger Literatur zu diesem Thema wurde im wesentlichen eine Bibliographie über Arbeitsemigranten des Stuttgarter "Kulturkommitees für ausländische Arbeitnehmer" benutzt. Ein Schwerpunkt dieser Bibliographie, die über 600 Titel umfaßt, ist der medizinische, und hiervon wieder der psychiatrische und medizinsoziologische Bereich. In den zur Verfügung stehenden Arbeiten über psychische Erkrankungen bei aA werden

bevorzugt abgehandelt: soziale Anamnese, politische und kulturelle Hintergründe, Psychiatrie der Migration, Diagnosenverteilungen, Nationalitätenprobleme. Auf die Therapie wird nicht oder nur kasuistisch eingegangen. Verschiedentlich finden sich Hinweise auf Sprachschwierigkeiten und die Bedeutung der verbalen Verschändigung für die Erstellung einer exakten Diagnose. Der klinische Alltag eines ausländischen Patienten wurde, um nur einen Punkt zu nennen, soweit bekannt, bislang noch nicht dargestellt. Erfahrungen aus anderen psychiatrisch-neurologischen Kliniken, die in etwa eine richtungweisende Antowrt auf die Kernfrage "Wie kommt man in der Psychiatrie, wo die Sprache auch in der Ära der Psychopharmaka sicherlich das wichtigste therapeutische Instrument ist, mit Patienten zurecht, mit denen man noch nicht einmal sprechen kann?" hätten geben können, lagen also nicht vor. Deshalb kann in dieser Arbeit auch nicht geklärt werden, ob die gemachten eigenen Erfahrungen, die Erfahrungen von Ärzten, Schwestern, Pflegern und nicht zuletzt die von Patienten UNK-spezifisch sind, oder ob anderswo ähnliche Probleme vorhanden sind. Letzteres läßt sich nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit annehmen. Es ist also nicht möglich, zu entscheiden, wie repräsentativ die gewonnenen Aussagen sind; die Ergebnisse werden auch dementsprechend vorsichtig zu interpretieren sein. Es soll vielmehr versucht werden, Hypothesen zu bilden, Fragestellungen auszuarbeiten, eventuell Anregungen zu weiteren Arbeiten auf diesem Gebiet zu geben und somit vielleicht dazu beitragen, wie die Situation einer sicherlich problematischen Patientengruppe verbessert werden könnte.

3.2 Material und Methode

3.2.1 Abgrenzung des untersuchten Patientenkollektivs

Es wurden diejenigen Patienten erfaßt, für die folgende Kriterien zutrafen:

1. Es mußte sich um erwachsene ausländische Arbeitnehmer handeln.
2. Nicht berufstätige, erwachsene Familienmitglieder von aA - also im wesentlichen Hausfrauen - wurden ebenfalls berücksichtigt.
3. Nur Angehörige folgender Staaten wurden in Betracht gezogen: Jugoslawien, Italien, Türkei, Griechenland, Spanien und Portugal.

Die im letzten Punkt angeführte Beschränkung schien aus zwei Gründen für vertretbar: Erstens stellen diese Länder den Hauptanteil aller aA in der BRD und natürlich auch den Hauptanteil der ausländischen Patienten in der UNK. Eine Berücksichtigung a l l e r Ausländer hätte die Zahl der zu untersuchenden Patienten nicht wesentlich erhöht, die Zahl der Herkunftsländer dagegen in etwa verdoppelt. Zweitens wurde davon ausgegangen, daß die Miterfassung z.B. von koreanischen Krankenschwestern, Arbeitern aus Marokko und Frankreich die Beschreibung eines ohnehin schon komplexen Patientenkollektivs noch weiter kompliziert hätte.

Die genannten Kriterien wurden angewandt für den Zeitraum von 1971 - 1974. Das untersuchte Patientengut umfaßt somit 290 Personen (s. Tab. 2).

3.2.2 Die Patientengruppe von 1974

Im Jahre 1974 wurden 74 ausländische Patienten anhand eines vorher ausgearbeiteten Fragebogens interviewt. 43 Patienten waren auf psychiatrischen, 36 auf neurologischen

Stationen untergebracht (5 Patienten waren sowohl auf psychiatrischen als auch auf neurologischen Stationen). Für die psychiatrisch erkrankte Gruppe wurde eine Vergleichsgruppe deutscher Patienten aufgestellt und ebenfalls interviewt. Die Vergleichgruppe umfaßt 40 Patienten. Dabei wurde im Sinne einer Paarbildung vorgegangen; d.h. es wurde jeweils ein Paar ausländischer Patient - deutscher Patient, das folgende Übereinstimmung haben mußte, gebildet:

- gleiche Altersgruppe (± 5 Jahre)
- gleiches Geschlecht
- gleicher Familienstand
- vergleichbarer Beruf (als Indikator für die Schichtzugehörigkeit)
- vergleichbare Diagnose.

Von allen Patienten wurden nach Abschluß der Behandlung natürlich auch die Krankenblätter ausgewertet.

Es wurde so vorgegangen, daß im Aufnahmebuch der Klinik im Abstand von wenigen Tagen nachgesehen wurde, ob ein ausländischer Patient eingewiesen worden war. Nach Rücksprache mit dem jeweils behandelnden Arzt wurden dann insgesamt 74 Interviews durchgeführt; bei 12 ausländischen Patienten war dies nicht möglich, weil sie entweder zu kurz in der Klinik waren, nicht ansprechbar oder nicht zum Interview zu bewegen waren. Von diesen Patienten stehen nur die Angaben aus den Krankenblättern zur Verfügung. Sobald die Diagnose feststand wurden die Daten, die benötigt wurden, um einen deutschen Vergleichspatienten zu finden, auf Karten vermerkt und bei den Stationsärzten verteilt. Für 40 der 43 ausländischen Patienten konnten auf diese Weise Vergleichspatienten gefunden werden.

Der verwandte Fragebogen gliedert sich in vier Hauptbereiche:

1. Persönliche Daten: Geschlecht, Alter, Nationalität, Familienstand, Nationalität d. Ehegatten, Zahl der Kinder, Religionszugehörigkeit.
2. Angaben über Krankheit und Krankheitsverlauf (zur Hauptsache den Krankenblättern entnommen): Diagnose, Einweisungsmodus, frühere psychische Erkrankungen, familiäre psychische Erkrankungen, Dauer des Klinikaufenthalts, psychosomatische Beschwerden, Art der Behandlung, Unterbringung (neurologische - offene - geschlossene psychiatrische Station), Therapieerfolg.
3. Soziale Anamnese: Sprachkenntnisse, Schul- und Berufsausbildung, früherer und jetziger Beruf, Einschätzung der jetzigen Tätigkeit, Wohnverhältnisse, Kritik an sozialen Verhältnissen, Interaktionen mit der Umwelt, Anpassungsschwierigkeiten, Aufenthaltsdauer in der BRD, Rückkehrwunsch, Heimataufenthalte.
4. Ergänzungen: Zusätzliche biographische Daten, Eindrücke von der Klinik, Einschätzung des Personals etc.

Die Interviews waren des öfteren nur mit Schwierigkeiten durchzuführen. Da in der UNK jedoch auch Ausländer verschiedener Nationalitäten beschäftigt sind, die als Dolmetscher fungieren konnten, gelang es meist doch innerhalb relativ kurzer Zeit zu dem Interview zu gelangen.

3.2.3 Auswertung von Krankenblättern 1971 - 1974

Von den ausländischen Patienten, die im Zeitraum 1971 - 1974 in stationärer Behandlung waren, wurde aufgrund der Krankenblätter versucht, diejenigen Daten zu erfassen, die zur Beantwortung der oben angeführten Fragen notwendig waren.

Daß dies nur in beschränktem Maße möglich war, liegt auf der Hand. Es fanden sich jedoch häufiger Angaben über Sprachschwierigkeiten, kulturelle Probleme etc.
Von dem, was "ausländersprezifisch" schien, wurde möglichst viel zur Verwertung herangezogen.
Zusätzlich wurde eine Vergleichsgruppe von 100 deutschen Patienten auf neurologischen Stationen aufgestellt. Folgende Überlegungen spielten dabei eine Rolle:

1. Es könnte sein, daß bei ausländischen Patienten auf neurologischen Stationen psychische Momente bei der Erkrankung stärker ausgeprägt sind bzw. häufiger auftreten als bei deutschen Patienten.
2. Die Diagnostik ist auch hier bei ausländischen Patienten erschwert, demzufolge wäre es möglich, daß die Quote der ungeklärten Erkrankungen höher ist.

Die Vergleichsgruppe wurde nach den laufenden Aufnahmenummern zufällig aus den Aufnahmebüchern des Jahres 1973 ausgesucht. Um keine allzugroßen Unterschiede in der Struktur der beiden neurologischen Gruppen aufkommen zu lassen wurden für die Vergleichsgruppe nicht berücktsichtigt: Akademiker, Angehörige selbständiger Berufe, Patienten über 50 Jahre, jede zweite Hausfrau.
Folgende Angaben wurden aus der jeweiligen Adressette im Aufnahmebuch und der ersten Seite des Krankenblattes entnommen:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Familienstand
4. Beruf
5. frühere UNK-Aufenthalte
6. Einweisungsmodus
7. Verweildauer
8. Behandlungsergebnis/ Verlegung
9. Diagnose
10. Ergänzungen

Somit liegen Angaben über insgesamt 430 ausländische und deutsche Patienten vor, die von 1971 - 1974 in stationärer UNK-Behandlung waren. Einen Überblick über das in dieser Arbeit berücksichtigte Patientenkollektiv gibt die Tabelle 2:

	ausländ. Patienten		deutsche Patienten	
	Kranken-blätter	davon mit Interview	Kranken-blätter	davon mit Interview
psychiatr. Stationen	152	43	40	40
neurol. Stationen	150	36	100	0
psych. und neurol. Stat.	-12	-5	0	0
Gesamt	290	74	140	40

Tabelle 2: Die verschiedenen berücksichtigten Patientengruppen

3.2.4 Tagesprotokolle

Um den Ablauf des Tages und die Gestaltung der freien Zeit von ausländischen Patienten in stationärer psychiatrischer Behandlung etwas näher kennenzulernen, wurden über zehn Patienten sogenannte "Tagesprotokolle" angefertigt, und, als Ergänzung bzw. Vergleich dazu, zehn Protokolle über deutsche Patienten. Dabei wurden Paare gebildet; d.h. ein ausländischer und ein deutscher Patient mußten jeweils die gleiche Diagnose haben. Nach Möglichkeit wurde auch versucht, im Alter keine großen Differenzen auftreten zu lassen. Ein weiteres Kriterium, daß nämlich beide Patienten des Paares auf derselben Station in Behandlung zu sein hatten, konnte nicht in allen Fällen angewandt werden.

Bei diesem Vorhaben wurde davon ausgegangen, daß (sprachunkundige) ausländische Patienten auf den geschlossenen, aber auch auf den offenen Stationen gewisse Schwierigkeiten haben, eine Isolation in der Klinik zu überwinden und den Tag sinnvoll einzuteilen. Es ist jedoch andererseits klar, daß diese Schwierigkeiten auch bei deutschen Patienten auftreten können. Des weiteren sollte die Frage geprüft werden, ob, sozusagen als Ersatz für die eingeschränkte Gesprächstherapie, verstärkt andere Therapiemöglichkeiten, wie Beschäftigungstherapie oder Sport, herangezogen werden.

Die Protokolle wurden in der Art eines Stundenplans angefertigt, aufgeschlüsselt nach folgenden Hauptbereichen:

1. Angabe des Ortes, an dem sich der Patient gerade befindet,
2. Teilnahme an "offiziellen" Veranstaltungen und freiwillige Beschäftigungen,
3. Kommunikation: mit wem spricht bzw. beschäftigt sich der Patient und welcher Art ist die Kommunikation?

Als Vorlage diente dabei ein Beobachtungsschema, das aus einer "Studie mit teilnehmender Beobachtung" stammt (18). Zur Arbeitserleichterung für die Protokollanten und zur besseren Auswertung wurde ein Schlüssel angewandt. Ein Beispiel hierzu:

14 - 15 h: 13/14/27/N/O/312/312/ee

Erläuterung: In der Zeit zwischen 14 und 15 Uhr war der Patient im Gemeinschaftsraum, im Flur und im Klinikgarten (13/14/27). Er hat in dieser Zeit gelesen und Radio gehört (N/O). Er hat mit einem Angehörigen des Pflegepersonals und mit einem Mitpatienten gesprochen (312/322). Die Gespräche waren beide Male kurz und freundlich (ee).

Die Beobachtungszeiträume umfaßten etwa zehn Tage bis maximal vier Wochen. Da die Protokolle von Angehörigen des Personals angefertigt wurden, war es wegen des Schichtbetriebs in der UNK meist nicht möglich, komplette Tage zu protokollieren: die Tage wurden sozusagen aus jeweils zwei Teilen zusammengesetzt; der Vormittag des einen und der Nachmittag des nächsten Tages zu einem "Protokolltag". Die Eintragungen erfolgten nach Möglichkeit stündlich; da die Protokollanten die Protokolle jedoch nur führen konnten, wenn es der Stationsbetrieb zuließ, entstanden auch hier Lücken. Diese beiden Einschränkungen in der Kontinuität der Beobachtungszeiten dürften jedoch kaum zu einer größeren Verfälschung des Gesamteindrucks führen, da aus naheliegenden Gründen nicht davon ausgegangen werden kann, daß gerade in der nichtprotokollierten Zeit besonders wenig oder besonders viel im Verhältnis zur protokollierten Zeit passierte. Schliesslich wurden von den Protokollanten zum Teil kurze, zusammenfassende Schilderungen über besondere Problempunkte und die allgemeine Situation des Patienten erstellt.

Die Protokolle wurden von Ersatzdienstleistenden und Praktikanten angefertigt. Ein derartiges Vorhaben war nur sinnvoll, wenn eine gewisse kritische Distanz zum Stationsalltag und Routinebetrieb vorhanden war. Die Praktikanten und Ersatzdienstleistenden, die sich bereit erklärten, die Protokolle zu erstellen, schienen die Gewähr dafür zu bieten, daß diese Distanz bestand. Außerdem wurde darauf verzichtet, Pfleger, Schwestern und Ärzte ausdrücklich über die Protokollführung zu informieren, und zwar aus folgender Überlegung heraus: Die Möglichkeit, daß sich Angehörige des Personals gegenüber einem Patienten, von dem ein Protokoll geführt wird, anders verhalten, als sie dies sonst tun, konnte nicht völlig ausgeschlossen werden - und genau dies sollte ja vermieden werden, da ja auch das Verhalten des Personals in die Protokolle aufgenommen wurde.
Auf diese Weise kamen also zwanzig Protokolle zusammen, die als zwei Zehnergruppen - einmal ausländische und einmal deutsche Patienten - gegenüber gestellt werden.

3.2.5 Personalbefragung

Im März 1975 wurden auf den Stationen der UNK Fragebögen verteilt, um die Meinungen von Angehörigen des therapeutischen Teams über Schwierigkeiten und Besonderheiten bei der Behandlung von psychisch kranken aA zu erfahren. Es wurden dabei verschiedene Fragebögen für das ärztliche und nichtärztliche Personal verteilt.
Es war von vornherein klar, daß die Antworten nur eine begrenzte Aussagekraft haben konnten, da Kontrollfragen bewußt unterlassen wurden. Es stellte sich auch heraus, daß gewisse Formulierungen auf Ablehnung stießen - ein Arzt bemerkte z.B., das Ganze diene doch nur dazu, "Vorurteile seitens der Ärzteschaft herauszufinden".

Auf den Bogen wurde eine Spalte für eigene Ergänzungen, Vorschläge und Kritik freigelassen. Ein Teil des Personals hat auch Vorschläge und Erfahrungen niedergeschrieben, doch ist das Interesse insgesamt als eher bescheiden anzusehen.

3.2.5.1 Befragung der Ärzte

Die Fragen zielen hauptsächlich auf Probleme der Diagnostik und Therapie; es liegen 19 ausgefüllte Fragebögen vor. Die erste Frage sprach allgemeine Behandlungsschwierigkeiten bei aA an; als Antwortmöglichkeiten wurden z.B. Verständigungsprobleme, transkulturelle Probleme, Rehabilitation, andere Mentalität angeboten. Ein Teil der Ärzte nannte noch zusätzliche Probleme. Dann wurde gefragt, ob bei der Therapie andere Schwerpunkte gesetzt werden müssen und wie der Therapieerfolg im allgemeinen eingeschätzt wird. Frage 4 befasste sich damit, ob eine Rückverlegung ins Heimatland sinnvoll ist; Frage 5 damit, welche psychiatrische Erkrankung bei aA am häufigsten vorkommt. Zum Schluß noch eine Frage zu den Patienten auf den neurologischen Stationen: Was halten Sie von der Behauptung, daß ausländische Patienten auf den neurologischen Stationen bei ihrer Erkrankung überdurchschnittlich oft eine psychische Komponente aufweisen?

3.2.5.2 Befragung des Pflegepersonals

In den Fragen für das nichtärztliche Personal werden besonders Probleme im täglichen Stationsbetrieb angeschnitten. Von etwa 50 auf den verschiedenen Stationen verteilten Bögen wurden 19 ausgefüllt zurückgegeben. Es wurden ebenfalls 6 Fragen gestellt, die sich mit folgenden Punkten befassten:

1. Schwierigkeiten im Umgang mit ausländischen Patienten
2. Sonstige Probleme (Sprache, Mentalität)

3. Isolation auf Station
4. Kontakt zu Mitpatienten und Personal
5. Beteiligung an Gruppengesprächen
6. Beteiligung an sonstigen gemeinsamen Aktivitäten.

Wie bereits erwähnt, sind die Ergebnisse der Fragebogenaktion wohl nur in eingeschränktem Maße zu verwerten. Es soll jedoch versucht werden, vor allem auch im Zusammenhang mit den Tagesprotokollen, die Situation von ausländischen Patienten auf der Station genauer zu erfassen.

3.3 Kritische Einschränkungen

Ein grundsätzliches Problem der Untersuchung besteht darin, daß teilweise Patienten verschiedener Nationalitäten und mit verschiedenem kulturellem Hintergrund zu einer Gruppe zusammengefasst werden. Wie jedoch an anderer Stelle bereits vermerkt, schien diese Zusammenfassung aus mehreren Gründen für vertretbar. Eine konsequente Aufschlüsselung nach den einzelnen Herkunftsländern, die sich im Prinzip ja angeboten hätte, hätte zuviele und zu kleine Gruppen zur Folge gehabt. Es ist möglich, daß durch die angewandte Methode eine gewisse Verfälschung der Ergebnisse eintrifft und daß insbesondere bestimmte Probleme von Einzelgruppen innerhalb der gesamten ausländischen Patientenschaft nicht so herausgestellt werden können, wie es an sich notwendig wäre. Die Komplexität des Patientenkollektivs gebietet es auch, die Ergebnisse sehr kritisch zu interpretieren; es soll versucht werden, auch andere Interpretationsmöglichkeiten als die angebotene zu berücksichtigen. Da die eigenen Erfahrungen sowie die Schilderungen der Protokollanten mit in die Untersuchung eingehen, spielen subjektive Eindrück und Einschätzungen wohl teilweise

eine erhebliche Rolle. Dies ist vor allem in dem Abschnitt über den Tagesablauf von Bedeutung.
Auch bei den Patientengruppen von 1974, bei denen ja Interviews durchgeführt wurden, stellt sich ein ähnliches Problem: Die Wertung der gemachten Aussagen mußte oft durch den Interviewer vorgenommen werden. Es entstand während der Interviews manchmal der Eindruck, daß Patienten, aus welchen Motiven auch immer, ihre Lebensbedingungen besser darstellten, als sie in Wirklichkeit waren. Da hier das "Grundproblem jeglicher Interviewforschung: die Inkonsistenz zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen" (15) zum Tragen kommt, wäre eine "Kontrolle der Methode Interview durch andere Methoden" (15) sinnvoll gewesen, das war jedoch im Rahmen dieser Untersuchung nicht durchführbar.
Die zur Verfügung stehenden Patientenzahlen dürften auch zu klein sein, um statistisch relevante Aussagen zu machen. Ein Vergleich mit gesunden aA und mit der psychischen Anfälligkeit in den Heimatländern konnte ebenfalls nicht angestellt werden.
Zudem konnte auch nicht geklärt werden, wie repräsentativ das Patientengut der UNK ist. All diese Einschränkungen machen es erforderlich, auch deskriptive Methoden anzuwenden und Fallbeschreibungen mit in den Vordergrund zu stellen.
Es können also aus dieser Arbeit keine allgemeingültigen Schlüsse gezogen werden; hierfür wäre eine Untersuchung großen Stils notwendig. Die vorliegende Arbeit ist deshalb eher als Erfahrungsbericht und Diskussionsbeitrag aufzufassen.

4. Ergebnisse der Untersuchung

Was die genaueren biographischen Daten, die soziale Anamnese und die Entwicklung der psychisch kranken aA bis zur Klinikaufnahme anlangt, sei auf die bereits mehrfach erwähnte Arbeit von ESSLINGER (1977) verwiesen. In dieser Untersuchung sollen nur die wichtigsten Daten in Kürze zur Darstellung gebracht werden.

4.1 Das Patientenkollektiv von 1974

Es umfaßt 86 ausländische und 40 deutsche Patienten. Von den ausländischen Patienten waren 35 nur auf den neurologischen, 46 nur auf den psychiatrischen Stationen; 5 Patienten wurden verlegt; davon 3 von der Psychiatrie in die Neurologie, zwei in umgekehrter Richtung. Bei der Auswertung ist die Aufnahmestation entscheidend, ohne daß damit eine Bewertung erfolgen soll; fallweise werden die Wechselpatienten auch ganz der einen oder der anderen Gruppe zuzuschlagen sein. Das bedeutet also Stärken von 37 Patienten in der Neurologiegruppe und 49 Patienten in der Psychiatriegruppe. Für die einzelnen Gruppen werden folgende Abkürzungen verwandt:

PGA = Psychiatriegruppe Ausländer
NGA = Neurologiegruppe Ausländer
PGD = Psychiatriegruppe deutsche Vergleichspatienten

4.1.1 Einige biographische Daten

a) Verteilung der Geschlechter

	männlich	weiblich	gesamt
PGA	28	21	49
NGA	24	13	37
PGD	23	17	40

Tab. 3: Verteilung der Geschlechter

Das Verhältnis Männer : Frauen beträgt somit bei der PGA 1,33 : 1, bei der NGA 1,85 : 1 und bei der PGD 1,35 : 1. Auffallend ist, daß bei der NGA fast doppelt soviel Männer wie Frauen vorkommen. Dies läßt sich u.U. mit der Art der Arbeit und dem Ausmaß der körperlichen Belastung erklären.

b) Durchschnittsalter

	männlich	weiblich	gesamt
PGA	33,5	33,9	33,7
NGA	33,0	34,4	33,9
PGD	33,8	32,3	33,2

Tab. 4: Das Durchschnittsalter der Patientengruppen

Durchschnittsalter der Patienten aus der PGA, für die eine Vergleichsgruppe besteht:

Männer: 33,5 Jahre, Frauen: 34,1 Jahre, gesamt: 33,8 Jahre. Der älteste ausländische Patient war ein 61-jähriger Italiener, der jüngste ein 17-jähriger Türke.
Da das Alter ein Kriterium für die Aufstellung der PGD war, ergibt sich auch hier nur eine Differenz von 0,8 Jahren im Durchschnittsalter von PGA und PGD.

c) Familienstand und Familientrennung

	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
PGA Männer	6	21	1	-
n= 49 Frauen	3	17	-	1
gesamt	9	38	1	1
PGD Männer	6	16	1	-
n=40 Frauen	3	14	-	-
gesamt	9	30	1	-

	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
PGN Männer	3	21	-	-
n=37 Frauen	1	10	1	1
gesamt	4	31	1	1

Tab. 5: Familienstand

Von den 40 Patienten aus de PGA, für die die PGD aufgestellt wurde, hatten 39 den gleichen Familienstand wie der entsprechende deutsche Patient. Für eine verwitwete jugoslawische Patientin konnte keine deutsche Patienten mit dem gleichen Familienstand gefunden werden. Es wurde eine verheiratete Frau ausgewählt; da die sonstigen Kriterien für die Paarbildung gut paßten, schien dies vertretbar.

Daß die überwiegende Zahl der Patienten verheiratet war, war bei der Altersstruktur der untersuchten Kollektive zu erwarten. Es war anzunehmen, daß ein Teil der verheirateten ausländischen Patienten ganz oder teilweise von der Familie getrennt lebt. Teilweise bedeutet hierbei in der Regel, daß die Ehepartner in Deutschland sind und die Kinder im Heimatland bei Verwandten zurückgelassen haben. Durch die Interviews und aus den Krankenblättern konnten folgende Angaben eruiert werden:

Familientrennung	PGA	%	PGN	%
ja	6	15,8	8	25,6
teilweise	8	21,0	9	29,0
nein	24	63,2	14	45,4
	n = 38	100	n=31	100

Tab. 6: Familientrennung

Von den psychisch krank gewordenen aA lebt also ein gutes Drittel ganz oder teilweise von der Familie getrennt. Überraschend im Vergleich dazu scheinen die Verhältnisse

bei den Patienten auf den neurologischen Stationen: Mehr als die Hälfte, nämlich 54,6 % ist ganz oder teilweise einer Familientrennung unterworfen. Wie diese Tatsache interpretiert werden könnte und ob ihr überhaupt eine Bedeutung zukommt muß dahingestellt bleiben.

d) Nationalitätenverteilung

	PGA	PGN	gesamt	%
Türken	7	6	13	15,1
Jugoslawen	20	12	32	37,2
Italiener	13	10	23	26,7
Griechen	6	7	13	15,2
Spanier und Portugiesen	3	2	5	5,8
n=	49	n=37	n=86	100,0

Tab. 7: Nationalitätenverteilung

Die absoluten Zahlen sind natürlich zu klein, als daß daraus epidemiologische Schlüsse gezogen werden könnten. In groben Umrissen decken sich jedoch die Anteile der einzelnen Nationalitäten mit der Verteilung ausländischer Arbeiter im Landkreis Tübingen. Nach einer Erhebung aus dem Jahre 1973 (15) sieht diese wie folgt aus:

> Türken 19,2 %, Jugoslawen 25,3 %, Italiener 28,3 %, Griechen 22,4 %, Spanier und Portugiesen 5,8 %.

Auffallend ist zunächst der hohe Anteil der Jugoslawen beim ausländischen Patientengut der UNK. Da jedoch der Landkreis Tübingen nicht deckungsgleich mit dem Einzugsgebiet der UNK ist, kommt dieser Frage wohl nur untergeordnete Bedeutung zu es sei denn, man wagt eine vorsichtige Interpretation dahingehend, daß Jugoslawen eine "vergleichsweise überhöhte Morbidität" besitzen (10) und

vielleicht durch eine bessere Schulbildung und bessere Deutschkenntnisse die Bereitschaft zu einer stationären Behandlung eher gegeben ist.

4.1.2 Einige Angaben zur sozialen Anamnese

a) Aufenthaltsdauer in der BRD

Schlüsselt man die Aufenthaltsdauer in Zeitabschnitte von jeweils zwei Jahren auf, so ergibt sich folgendes Bild:

	PGA	PNA	gesamt
weniger als 1 Jahr hier	1	2	3
1 bis 3 Jahre hier	10	3	13
3 bis 5 Jahre hier	13	8	21
5 bis 7 Jahre hier	11	7	18
7 bis 9 Jahre hier	2	4	6
länger als 9 Jahre hier	10	9	19
	n=47	n=33	n=80

Tab. 8: Aufenthaltsdauer

Ein Zusammenhang zwischen Aufenthaltsdauer und psychischer Erkrankung läßt sich aus dieser Aufstellung nicht herleiten. Mit Ausnahme derjenigen, die vor 7 bis 9 Jahren nach Deutschland kamen, und derjenigen die erst kurze Zeit hier sind, sind die Patientenquoten relativ konstant über alle Zeitabschnitte verteilt. Daß die Gruppe der 7- bis 9-jährigen so geringe Zahlen aufweist, läßt sich wahrscheinlich damit erklären, daß die entsprechenden Jahre, nämlich 1966/1967, wirtschaftliche Rezessionsjahre waren und demzufolge auch wenig Arbeitsemigranten nach Deutschland kamen. Mit Hilfe größerer Zahlen kommt jedoch H. ESSLINGER in seiner Untersuchung zu dem Schluß, daß mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Zahl der psychisch kranken aA ansteigt. Ob die Ursache in der Aufenthaltsdauer selbst liegt, oder ob andere Gründe (z.B. das Älterwerden) dafür gesucht werden müssen, kann nicht entschieden werden (10).

b) Rückkehrwunsch

Die Antworten auf die Frage "Wollen Sie in Ihr Heimatland zurückkehren, und wenn ja, wann?" wurden drei immer wiederkehrenden Standardgruppen zugeordnet:

1. Kein Rückkehrwunsch. Eine relativ hohe Zahl aA gab an, für immer in Deutschland bleiben zu wollen. Den meisten Patienten war indessen klar, daß sich diese Vorstellung nur schwer würde realisieren lassen, da wohl nur wenige die berechtigte Hoffnung haben konnten, ständig Verlängerungen von Aufenthalts- und Arbeitserlaubnis zu bekommen.
2. Ohne festen Rückkehrtermin. Fast die Hälfte der Patienten war sich über den weiteren Aufenthalt in der BRD im unklaren. Einige typische Antworten:
   - "Vielleicht wenn ich gesund bin"
   - "Schwer zu sagen; vielleicht wenn die Kinder aus der Schule sind"
   - "Weiß ich nicht"
3. Mit festem Rückkehrtermin. Die Patienten dieser Gruppe hatten recht klare Vorstellungen über die nächsten Jahre:
   - "In zwei Jahren habe ich genug gespart, dann kann ich zuhause ein Geschäft eröffnen"
   - "Wir fahren nächstes Jahr zurück; unsere Kinder sollen zuhause zur Schule gehen"

Einen Überblick über die verschiedenen Zukunftspläne der ausländischen Patienten gibt die Tabelle 9:

	PGA	PGN	gesamt
Kein Rückkehrwunsch	16	10	26
ohne festen Rückkehrtermin	21	17	38
mit festem Rückkehrtermin	9	6	15
	46	33	79

Tab. 9: Rückkehrwunsch der ausländischen Patienten

Ein großer Teil der Patienten will also wenigstens noch einige Jahre, oder wenn es geht, für immer in Deutschland bleiben. Diese Tatsache ist dann von Bedeutung, wenn man sich überlegt, ob nicht die sozialen Verhältnisse im Gastland mit zur Erkrankung beigetragen haben könnten. Ein Großteil der Patienten sieht offensichtlich keinen Zusammenhang, was natürlich keinerlei Beweiskraft hat.
In der Gruppe derjenigen, die sich über ihre weitere Situation im Unklaren sind oder die in kurzer Zeit in ihr Heimatland zurückkehren wollen, werden hin und wieder wenigstens andeutungsweise derartige Zusammenhänge sichtbar. Eine erste Fallbeschreibung soll dies verdeutlichen.

Fall 1:
28-jähriger Grieche, verheiratet, ein Kind.
Lebt seit 4 Jahren in Deutschland, möchte in spätestens einem Jahr nach Griechenland zurückkehren. Unmittelbar nach seiner Einreise vor 4 Jahren kehrte er nach Griechenland zurück, weil es ihm hier nicht gefiel, kam dann aber nach zwei Monaten wieder nach Deutschland.
War früher Malergehilfe, jetzt an Metallpresse beschäftigt. Die Arbeit sei stumpfsinnig und schmutzig; seine Arbeitskollegen lassen ihn seit Beginn seiner Erkrankung links liegen. Zu Deutschen habe er kaum Kontakt. Seine Sprachkenntnisse sind schlecht.
Diagnose: Katatones Syndrom einer schizophrenen Psychose
(ICD Nr. 295. 2,4)
Auszug aus dem Krankenblatt: "Eine situative Auslösung der psychotischen Symptomatik durch erhebliche Schwierigkeiten am Arbeitsplatz ist nicht ausgeschlossen".
Des weiteren wurde diskutiert, ob es nicht besser wäre, wenn der Patient nach dem Abklingen der akuten Psychose in sein Heimatland zurückkehrte, weil er dort mehr Kontakt habe, seine Außenseitersituation hier verstärke den Autismus, die Isolierung die psychotische Symptomatik.

Es kam dann doch nicht zu einer Rückkehr nach Griechenland. Ein Jahr später mußte sich der Patient erneut in stationäre Behandlung begeben. Dazwischen lagen mehrere gescheiterte Arbeitsversuche.

c) Deutsche Sprachkenntnisse

Die Einschätzung der Kenntnisse in der deutschen Sprache erfolgte im wesentlichen während der Interviews, die meist eine bis anderthalb Stunden in Anspruch nahmen. Des weiteren wurden jedoch teilweise auch Angehörige des Personals und Mitpatienten nach dem verbalen Kontakt mit dem ausländischen Patienten befragt, sowie Hinweise in den Krankenblättern zur Verwertung herangezogen. Vier Kategorien wurden aufgestellt:

1. Keine oder minimale Sprachkenntnisse: Verständigung mit Dolmetscher möglich.
2. Schlechte Sprachkenntnisse. Dolmetscher wünschenswert; im Einzelfall jedoch Interview einigermaßen möglich (Zeichensprache, Anwesenheit eines etwas besser deutsch sprechenden Landsmannes oder Angehörigen).
3. Sprachkenntnisse einigermaßen. Bei einfachen Fragen, z.B. zur sozialen Anamnese, gute Verständigung möglich, bei Fragen, die diagnostisch wichtig sind, zum Teil noch erhebliche Schwierigkeiten. Therapeutische Gespräche ebenfalls noch erschwert.
4. Gute bis sehr gute Sprachkenntnisse.

In der Tabelle 10 sind die Sprachkenntnisse der Patienten des Jahres 1974 zusammengestellt:

	PGA	PNA	gesamt
1. "gar nicht"	4	3	7
2. "schlecht"	18	15	33
3. "einigermaßen"	20	9	29
4. "(sehr) gut"	7	7	14
Tab. 10: Sprachkenntnisse	49	34	83

Die Gruppen 1 und 2 einerseits sowie 3 und 4 andererseits sind etwa gleich groß. Für die Praxis bedeutet das, daß bei mindestens jedem zweiten Ausländer eine ausreichende verbale Verständigung nicht möglich ist und demzufolge ein Dolmetscher benötigt wird. Es liegt auf der Hand, daß die fehlende Möglichkeit von klärenden Gesprächen vielfache Auswirkungen auf das weitere Schicksal des Patienten in der Klinik haben kann.
Es wird darauf verzichtet, das Sprachproblem in e i n e m Abschnitt abzuhandeln. Vielmehr soll versucht werden, die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation an den Stellen aufzuzeigen, wo dies geboten erscheint - also unregelmäßig in verschiedenen Abschnitten der vorliegenden Untersuchung.

4.1.3 Der ausländische Patient in der Klinik

4.1.3.1 Einweisungsmodus

In der Tabelle 11 sind die verschiedenen "Instanzen", die eine stationäre Aufnahme in der Nervenklinik veranlaßten, zusammengestellt. Es wurde davon ausgegangen, daß der Weg zur stationären Behandlung bei ausländischen Patienten anders aussehen könnte als der bei deutschen Patienten.

Einweisende Stelle	PGA	PGN	PGD
Hausarzt	9	9	2
niedergel. Facharzt	7	9	12
Klinik/Krankenhaus	14	11	16
Poliklinik der UNK	15	8	7
Zwangseinweisung	2	-	3
vom Arbeitsplatz aus	1	-	-
Gutachten	1	-	-
	49	37	40

Tab. 11: Einweisungsmodus

Was auf den ersten Blick auffällt, sind die großen Unterschiede zwischen der PGA und der PGD in Bezug auf die drei

einweisenden Stellen Hausärzte - Fachärzte - Poliklinik der UNK. Was die Hausärzte angeht, so wäre vorstellbar, daß ausländische Patienten eher die erste Anlaufstelle bei einer Erkrankung, den Hausarzt eben, in Anspruch nehmen, als deutsche Patienten, die vermehrt entweder gleich zum Facharzt gehen oder sich dorthin überweisen lassen. Es könnte also sein, daß die ambulante Versorgung von psychisch kranken aA durch niedergelassene Fachärzte ungünstiger aussieht als für deutsche Patienten. Da bei der Aufstellung der Tabelle 11 jedoch nur die direkt einweisende Stelle berücksichtigt wurde, nicht jedoch die Stellen, die der Patient schon davor konsultiert hatte, gewinnt ein anderer Gesichtspunkt an Gewicht, der sich in den unterschiedlichen Anteilen der Poliklinik bei den PGA und PGD zeigt: Es kann sicher auch so sein, daß ausländische Patienten genau so oft - oder u. U. noch öfter - als deutsche Patienten niedergelassene Fachärzte aufsuchen. Den Fachärzten fällt die Einschätzung, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist, bei ausländischen Patienten schwerer als bei deutschen. Deshalb wäre es möglich, daß niedergelassene Fachärzte ausländische Patienten zum Großteil zunächst an die Poliklinik der UNK verweisen, während bei deutschen Patienten die Entscheidung für die Notwendigkeit oder die Nichtnotwendigkeit einer stationären Behandlung leichter zu treffen ist, und deshalb die niedergelassenen Fachärzte als "einweisende Stelle" für deutsche Patienten eine größere Bedeutung haben als für ausländische. Letztere Interpretation wird für wahrscheinlicher gehalten.

4.1.3.2 Unterbringung

Was die Unterbringung anbelangt, so sind die Anteile der Patienten auf offenen und geschlossenen psychiatrischen Stationen bei der PGD nicht zu verwerten, da die Art der Station für die Aufstellung der Vergleichsgruppe zwar ein

Kriterium sein sollte, diese Bedingung konnte in vielen Fällen jedoch nicht erfüllt werden. Die Verlegungen von den neurologischen auf die psychiatrischen Stationen und umgekehrt wurden im Abschnitt 4.1 erwähnt.

Station	ausländische Patienten	deutsche Patienten
neurolog. Stat.	37	-
psychiatr. Stat.	49	40
- davon offene Stat.	11	16
- davon geschl. Stat.	37	24
- Tagesklinik	1	-

Tab. 12: Unterbringung

Verlegungen innerhalb der psychiatrischen Stationen bei der PGA:

offen - geschlossen: 1 Patient
geschlossen - offen: 1 Patient

Verlegungen innerhalb der psychiatrischen Stationen bei der PGD:

offen - geschlossen: 1 Patient
geschlossen - offen: 5 Patienten

Das Verhältnis Patientenzahl auf geschlossener Station/Patientenzahl auf offener Station beträgt somit bei der PGA 3,37 : 1. Dieses Verhältnis ist stark zuungunsten der offenen Stationen überhöht. Es kann vermutlich ein Indikator für die oft vorhandene Unsicherheit bei der Einschätzung des Krankheitsbildes sein: Ob eine Psychose oder Neurose vorliegt, ob Suicidalität besteht oder nicht - diese Fragen können bei ausländischen Patienten zunächst nicht so leicht beantwortet werden; deshalb wohl, auch einem gewissen Sicherheitsbedürfnis entsprechend, die verstärkte Unterbringung auf den geschlossenen Stationen. In dieses Bild würden auch die Unterschiede in der Verlegung von den geschlossenen

auf die offenen Stationen zwischen PGA und PGD passen (siehe oben).

4.1.3.3 Diagnosen

Diagnosen wurden nach dem "Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten" ausgerichtet (8). In den meisten Krankenblättern waren die entsprechenden ICD-Nummern angegeben. Wo dies nicht der Fall war, wurde die zugehörige ICD-Klassifizierung anhand der Krankengeschichte und nach Rücksprache mit den Stationsärzten nachträglich eruiert. Die Gegenüberstellung von endogenen und reaktiven Psychosen, wie sie in den ICD-Klassifizierungen vorgenommen wird, erscheint jedoch problematisch und ist zumindest in der deutschen Psychiatrie umstritten. Es wird deshalb für vertretbar gehalten, statt der ICD-Definitionen 298.0 bis 298.9 folgende Formulierung vorzunehmen: Psychosen, mit deren Auslösung bzw. Manifestation äußere Ereignisse in Zusammenhang gebracht werden können (im Gegensatz zu solchen, bei denen das nicht bzw. weniger der Fall ist). Erwähnenswert scheint jedoch, daß bei vier Patienten aus der Psychosegruppe die ICD-Nr. 298.3 hätte angewandt werden können: "Eine akute paranoide Psychose, offenbar hervorgerufen durch ein als emotionaler Streß wirkendes Ereignis, das als Angriff oder Bedrohung fehlgedeutet wird. Solche Zustände treten besonders häufig bei Gefangenen auf oder als akute Reaktionen auf eine fremde oder bedrohliche Umgebung, z.B. bei Emigranten" (8).

a) Diagnosen PGA

Psychosen: ICD-Nr. 290-299

ICD-Nr.	Diagnose	n
291.2	Alkoholhalluzinose	1
293.3	Psychose bei intrakraniellem Tumor	1
293.5	Psychose bei Hirntrauma	1
294.3	Psychose bei Intoxikation durch Arzneimittel oder Gifte	1

294.4	Psychose im Puerperium	1
295.3	paranoide Form der Schizophrenie	2
295.4	akute schizophrene Episode	3
296.0	Involutionsdepression	1
296.2	Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose	3
ferner	Psychosen, mit deren Auslösung bzw. Manifestation äußere Ereignisse in Zusammenhang gebracht werden können	8
	Psychosen insgesamt:	22

Neurosen: ICD-Nr. 300

ICD-Nr.	Diagnose	n
300.1	Hysterische Neurose	8
300.4	Depressive Neurose	16
300.7	Hypochondrische Neurose	1
	Neurosen insgesamt:	25

weitere Diagnosen:

ICD-Nr. 303.2 chronischer Alkoholmißbrauch 1

nichtpsychiatrische Erkrankung:

extrapyramidales Syndrom/ Einweisungsdiagnose:

Verdacht auf Psychose 1

Psychosen und Neurosen sind also bei den ausländischen Patienten von 1974 etwa gleich häufig, was nicht unbedingt zu erwarten war. Es wurde eher angenommen, daß die Diagnose "Psychose" häufiger gestellt würde. Bei den Einweisungsdiagnosen war dies auch der Fall; siehe hierzu Punkt d) dieses Abschnitts. Erwähnenswert scheint noch, daß nur ein ausländischer Patient wegen Alkoholmißbrauchs behandelt werden mußte.

b) Diagnosen PGD

Die Aufstellung der Vergleichsgruppe deutscher Patienten

erforderte jeweils die gleichen oder doch ähnliche Diagnosen wie bei den PGA. Eine exakte Übereinstimmung in der Diagnostik war aus naheliegenden Gründen nicht möglich; deshalb erfolgte die Orientierung bei der Paarbildung an der ICD-Hauptgruppe. Es schien auch vertretbar, persönlichkeitsgestörte und suchtkranke Patienten der Neurosengruppe zuzuschlagen, da bei diesen Patienten sicherlich Fehlentwicklungen wesentlich zum Entstehen des Krankheitsbildes beigetragen haben.

Psychosen ICD-Nr. 290 - 299

ICD-Nr.	Diagnose	n
291.0	Delirium tremens	1
291.9	andere und nicht näher bezeichnete Alkoholpsychose	1
293.0	Psychose bei Hirnarteriosklerose	1
295.3	Paranoide Form der Schizophrenie	4
295.4	akute schizophrene Episode	2
295.7	schizoaffektive Psychose	2
295.9	nicht näher bezeichnete Schizophrenieform	1
296.0	Involutionsdepression	1
296.2	Depression im Rahmen einer manisch depressiven Psychose	1
296.8	andere affektive Psychose	1
ferner	Psychosen, mit deren Auslösung bzw. Manifestation äußere Ereignisse in Zusammenhang gebracht werden können	1
	Psychosen gesamt	16

Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit ICD-Nr. 300 - 304

ICD-Nr.	Diagnose	n
300.0	Angstneurose	2
300.1	hysterische Neurose	1

300.2	Phobie	1
300.3	Zwangsneurose	1
300.4	depressive Neurose	13
300.7	hypochondrische Neurose	1
300.8	andere Neurose	1
301.5	hysterische Persönlichkeit	1
303.1	gewohnheitsmäßiger Alkoholmißbrauch	1
304.0	Abhängigkeit von Opium, Opium-Alkaloide und deren Derivaten	1
	gesamt	24

Interessant scheint ein Vergleich der beiden Neurosegruppen. Beiden gemeinsam ist der hohe Anteil an depressiven Neurosen. Die hysterische Neurose kommt bei der PGA 8 mal, bei der PGD dagegen nur einmal vor. Ob dem eine tiefere Bedeutung zukommt, muß mit folgender Begründung bezweifelt werden: Bei der PGA gibt es drei verschiedene Neuroseformen (Anteil der Neurosen: 51,0 %), bei der PGD sieben verschiedene (Anteil der Neurosen: 40 %). Da zunächst nicht unbedingt anzunehmen ist, daß bei ausländischen Patienten bestimmte Neuroseformen häufiger vorkommen, wird für wahrscheinlicher gehalten, daß die Diagnostik bei deutschen Patienten differenzierter betrieben werden kann, was letztendlich auch Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf hat. Es bleibt also festzuhalten, daß die Gefahr von Fehldiagnosen bzw. wenig genauen Diagnosen bei Kommunikationsschwierigkeiten erhöht ist - vor allem bei neurotischen Patienten.

c) Mehrfachdiagnosen

Bei 17 (34,7 %) der PGA und bei 11 (27,5 %) der PGD waren zwei oder mehr psychiatrische Diagnosen angegeben. Vorausgegangene Suicidversuche sind hierbei nicht berücksichtigt. Diese werden unter e) berücksichtigt.

d) Einweisungsdiagnose - endgültige Diagnose
Bei 7 (14,3 %) ausländischen Patienten waren im Vergleich zur Abschlußdiagnose unterschiedliche Einweisungsdiagnosen angegeben. Bei der deutschen Vergleichsgruppe war dies bei keinem einzigen Patienten der Fall. Auch hier scheint ein Indiz dafür vorzuliegen, daß die Diagnosestellung bei ausländischen Patienten erschwert ist.

e) Suicidversuche
Sechs (12,3 %) Patienten der PGA und 9 (22,5 %) Patienten der PGD hatten vor der Klinikeinweisung Suicidversuche verübt. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Zahlen kann nicht gegeben werden.

f) Somatische Beschwerden
Sowohl bei der PGA als auch bei der PGD werden im wesentlichen folgende Beschwerden angegeben: Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Herzklopfen, Atemstörungen, Kloßgefühl, Impotenz, Bauchweh, generalisierte Schmerzen.
31 (63,2 %) ausländische und 21 (52,5 %) deutsche Patienten gaben derartige Beschwerden bei den Interviews an. Daß sich ein Gutteil dieser Erscheinungen durch Nebenwirkungen der Medikamente, insbesondere der Neuroleptika, erklären läßt, darf nicht übersehen werden.

g) Diagnose und Sprachkenntnisse
Bei nachfolgender Zusammenstellung sollte die Frage geprüft werden, ob die deutschen Sprachkenntnisse des ausländischen Patienten eventuell einen Einfluß auf die Erstellung der Diagnose haben. Es werden die Diagnosen aus der Gruppe mit keinen oder minimalen deutschen Sprachkenntnissen mit den Diagnosen aus der Gruppe mit guten oder sehr guten deutschen Sprachkenntnissen verglichen.

keine Kenntnisse

295.3	paranoide Form der Schizophrenie	2
ferner	Psychosen, mit deren Auslösung bzw. Manifestation äußere Ereignisse in Zusammenhang gebracht werden	2
		n = 4

(sehr) gute Kenntnisse

296.2	Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose	1
300.1	hysterische Neurose	1
300.4	depressive Neurose	5
		n = 7

Es scheint also so, als ob bei schlechten Sprachkenntnissen eher eine Psychose vermutet wird als bei guten; oder anders ausgedrückt, die Gefahr der Fehldiagnose ist größer, wenn die Verständigung mit dem Patienten sehr erschwert ist. Natürlich haben diese kleinen Zahlen keinen besonderen Aussagewert, doch kommt H. ESSLINGER in seiner Untersuchung bei 146 ausländischen Patienten zu einem Ergebnis, das die oben formulierte Hypothese zu bestätigen scheint (10).

f) Diagnose und Nationalität

Nationalität	Psychosen	Neurosen u.a.
Türken	3	4
Jugoslawen	8	12
Italiener	5	8
Griechen	4	2
Spanier und Portugiesen	2	1
gesamt	22	27

Tab. 13: Diagnosenverteilung bei den einzelnen Nationalitäten

Jugoslawen und Italiener haben einen Psychosen-Anteil von 59,2 %, aber einen Neurosen-Anteil von 74,1 %. Da beide Nationalitätengruppen relativ gute deutsche Sprachkenntnisse besitzen, scheint auch dieses Ergebnis die Annahme, daß zwischen Sprachkenntnissen und Diagnosenstellung gewisse

Zusammenhänge bestehen könnten, zu stützen.

i) Diagnosen bei den ausländischen Patienten auf den neurologischen Stationen (NGA)

Hierbei konzentrierte sich das Interesse vorwiegend auf die nicht-neurologischen bzw. nicht nur neurologischen Erkrankungen. Es wurde vermutet, daß psychiatrische Erkrankungen bzw. psychiatrische Zusatzdiagnosen bei den Patienten, die zunächst wegen somatischer Beschwerden zur stationären Aufnahme gelangten, durchaus eine erhebliche Rolle spielen könnten.

	n	%
neurologische Erkrankung	18	48,6
neurologische Erkrankung und psychiatrische Zusatzdiagnose	6	16,2
psychiatrische Erkrankung	9	24,4
ungeklärte Fälle	4	10,8
	37	100,0

jeder vierte ausländische Patient war im Prinzip somit auf den neurologischen Stationen fehl am Platz; bei jedem sechsten immerhin eine psychiatrische Mitbetreuung notwendig. Dieses Problem wird in einem späteren Abschnitt mit einem größeren Patientenkollektiv und einer deutschen Vergleichsgruppe noch einmal zur Diskussion stehen.

j) Mehrfachdiagnosen bei Patienten der NGA:

Neben neurologischen und psychiatrischen wurden auch Diagnosen aus anderen medizinischen Disziplinen berücksichtigt. Bei 16 (41 %) Patienten waren zwei oder mehr Diagnosen angegeben.

k) Psychosomatische Beschwerden in der NGA:

Bei den Interviews wurde regelmäßig nach körperlichen Beschwerden gefragt. Es wurde versucht, diejenigen Beschwerden herauszufiltern, die nicht mit der organischen Grund-

erkrankung und auch nicht mit Nebenwirkungen von Medikamenten zu erklären waren, sondern vermutlich psychogenetischer Natur waren. Daß trotzdem größere Ungenauigkeiten möglich sind muß konzediert werden. Immerhin gaben 13 (35,2 %) Patienten Symptome an, von denen anzunehmen war, daß sie in den psychosomatischen Bereich fielen.

1) Auffälligkeiten im psychischen Befund in der NGA:
Bei 21 (56,8 %) waren Auffälligkeiten im psychischen Befund in den Krankenblättern angegeben. Nachfolgend eine Zusammenstellung von typischen Vermerken, hier zum Teil stichwortartig gekürzt:

- ängstlich, weinerlich-wehleidig, hypochondrisch, depressiv, klagsam, affektlabil, deprimiert, verzagt, vermehrte Selbstbemitleidung (Adjektive aus dieser Kategorie in 11 Krankenblättern)
- "für einen Südländer auffallend schwach ausgebildetes Mienenspiel"
- "matronenhaft, versteht mehr deutsch als sie zugibt"
- "versteht offenbar besser deutsch als sie zugibt"
- "deprimiert, affektlabil: erhebliche Besserung nach Zentromid und einem ausführlichen Gespräch"
- "leicht depressiv. Mimik und Gestik für eine Südländerin etwas spärlich mit leidenden Zügen. Beschwerden und Leiden werden in für Südländer nicht untypischer Weise etwas überbetont, sind jedoch glaubwürdig. Keine Tendenz für längeren Krankenhausaufenthalt. Das Bedürfnis, von den Beschwerden freizukommen, ist vorhanden."
- "Mimik und Gestik theatralisch. Spielt den Schwerkranken".

E i n Arzt immerhin vermerkte - vielleicht erstaunt? - bei einem Patienten: "keineswegs klagsam und wehleidig".

4.1.3.4 Frühere psychische Erkrankungen

Eine vor 1974 stattgefundene Krankheitsperiode wurde als solche nur gewertet, wenn der Patient deswegen auch in ärztlicher Behandlung war; ob stationär oder ambulant, ob unter fachärztlicher oder hausärztlicher Betreuung spielte dabei keine Rolle. Bei der PGA wurde zusätzlich berücksichtigt, ob bereits im Heimatland oder erst im Gastland eine psychische Erkrankung aufgetreten ist. Die nächste Tabelle stellt frühere psychische Erkrankungen bei der PGA und PGD gegenüber:

Vorerkrankungen:		PGA		PGD
nein	31	63,4 %	11	27,5 %
ja	18	36,6 %	29	72,5 %
davon				
bereits im Heimatland	12	24,4 %		
erst im Gastland	6	12,2 %		
gesamt	49	100,0 %	40	100,0 %

Tab. 14: Frühere psychische Erkrankungen

In die Rubrik "Vorerkrankung: ja" gingen auch diejenigen Patienten ein, die seit länger als einem Jahr mit behandlungsfreien Intervallen ärztlich betreut wurden. In der obigen Gegenüberstellung fällt ein Unterschied zwischen PGA und PGD auf: Fast zwei Drittel aus der PGA sind zum ersten Mal erkrankt, dagegen nur etwas mehr als ein Viertel aus der PGD. Es bieten sich folgende Interpretationsmöglichkeiten an:

- Zum einen könnte es sein, daß die eingangs erwähnten Stressfaktoren im Gastland einen psychopathogenen Einfluß ausüben, unabhängig davon ob die Persönlichkeitsstruktur des Arbeitsemigranten prämorbide Züge aufzeigt oder nicht.

- Zum anderen wäre auch denkbar, daß ein entsprechend hoher Anteil der aA früher schon psychisch erkrankt war, nur eben nicht - z.B. aus Gründen der teilweise schlechten medizinischen Versorgung - in ärztliche Behandlung gelangten.

Es muß jedoch festgehalten werden, daß der allgemeine Eindruck aus den Interviews eher dafür spricht, daß Probleme im Zusammenhang mit Migration, Arbeitsplatzbedingungen, Wohnungssituation innerhalb der PGA im Vordergrund stehen und deshalb auch die erste Hypothese für wahrscheinlicher gehalten wird.

4.1.3.5 Familiäre Belastung

Auch hierbei wurde als Kriterium die Tatsache gesetzt, daß ein direkter Verwandter wegen einer psychischen Erkrankung behandelt wurde. Allgemein gehaltene Angaben, wie z.B. die Mutter sei auch sehr nervös oder der Vater trinke zuviel, wurden nicht berücksichtigt.

psych. Erkrankung in der Familie	PGA		PGD	
nein	35	71,5 %	21	52,5 %
ja	14	28,5 %	19	47,5 %
gesamt	49	100,0 %	40	100,0 %

Tab. 15: Familiäre Belastung

Wenn dem Patienten nicht bekannt war, ob in der Familie psychische Erkrankungen vorgekommen sind, so wurde dies als "nein" gewertet. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen läßt sich u.U. in obigem Sinn dahingehend erklären, daß in medizinisch schlecht versorgten südlichen Ländern psychisch Kranke erst dann behandelt werden, wenn die Krankheitssymptomatik ausgeprägt ist oder ein fortgeschrittenes Stadium der Krankheit erreicht ist. Es wäre aber auch möglich, daß die Bereitschaft, sich wegen einer psychischen Erkrankung behandeln zu lassen, in bestimmten Gegenden mit

anderem Sozialgefüge und anderem kulturellem Hintergrund geringer ist als in der BRD.

4.1.3.6 Behandlung

Die angewandten Behandlungsmethoden wurden bei den Interviews von den Patienten und vom Stationspersonal erfragt sowie den Krankenblättern entnommen. Es ist jedoch ziemlich sicher, daß die nächste Tabelle mehr oder weniger große Mängel aufweist und zwar aus zwei Gründen:

- Erstens wurden Ausländer so schnell wie möglich nach der stationären Aufnahme befragt, die deutschen Patienten befanden sich zum überwiegenden Teil zum Zeitpunkt der Befragung schon so lange in der Klinik, daß das Therapieprogramm bereits in voller Breite angelaufen war.
- Zweitens sind die Angaben der Patienten, des Personals und in den Krankenblättern vermutlich ungenau und unvollständig.

Diese beiden Einschränkungen erklären aber wahrscheinlich nicht die erheblichen Unterschiede im therapeutischen Angebot seitens der Klinik. Folgende Einzelbereiche wurden für die Auswertung herangezogen:

1. Medikamentöse Therapie (Psychopharmaka und Placebogabe)
2. Psychotherapeutische Gespräche (Arztgespräche nach dem Aufnahmegespräch)
3. Gruppengespräche (aktive Teilnahme vorausgesetzt)
4. Therapiegruppen (Basteln, Malen, Musik etc.)
5. Körperliche Betätigung, Sport

Therapie	PGA		PGD	
1. Medikamentös	41	83,6 %	30	75,0 %
2. Psychotherapeutisch	21	42,9 %	33	82,5 %
3. Gruppengespräch	20	40,8 %	33	82,5 %
4. Therapiegruppen	16	32,6 %	30	75,0 %
5. Sport	15	30,6 %	30	75,0 %
bei insgesamt	49		40	

Tab. 16: Therapieangebote

Die Tabelle vermittelt den Eindruck, daß das therapeutisch- Angebot für ausländische Patienten relativ klein ist - mit Ausnahme natürlich der medikamentösen Therapie. Bei Betrac- tung der Zahlen in den beiden ersten Gruppen könnte man annehmen, daß bei Ausländern Tabletten Gespräche ersetzen. Ob dies n u r auf die Kommunikationsschwierigkeiten zurückzuführen ist, muß dahingestellt bleiben. Kaum zu erklären sind jedoch die Unterschiede in den Gruppen 4. und 5. - es sei denn, man unterstellt, daß Patienten, die nicht von sich aus die(verbale) Initiative zu ergreifen vermögen, auch entsprechend wenig berücksichtigt werden. Es muß jedoch vermerkt werden, daß in einem späteren Abschnitt (Tagesprotokolle) teilweise völlig andere Aspekte zum Thema "Therapieangebote" zur Sprache kommen werden.

4.1.3.7 Dauer des stationären Aufenthalts

Im Durchschnitt war aus der Gruppe der PGA jeder Patient 34,2 Tage in stationärer Behandlung. Fünf Patienten waren 1974 mehrmals in der UNK. Neun Patienten waren weniger als 10 Tage auf Station. Die Gründe hierfür waren meist Entlassungswunsch oder Verlegung ins Heimatland. Ein Patient war länger als 100 Tage in Behandlung. Die Zahlen für die deutsche Vergleichsgruppe sehen dagegen ganz anders aus:

- durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 88,6 Tage
- Mehrfachaufenthalte: 9 Patienten
- Aufenthalt weniger als 10 Tage: kein Patient
- Aufenthalt länger als 100 Tage: 9 Patienten

Läßt man bei den PGA die Kurzzeitpatienten (weniger als 10 Tage stationärer Aufenthalt) und bei der PGD die Langzeitpatienten (mehr als 100 Tage stationärer Aufenthalt) unberücksichtigt, so ergibt sich eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 41,2 Tagen für die PGA und von 51,9 Tagen für die PGD.
Für die unterschiedlichen Behandlungszeiten bieten sich mehrere Interpretationsmöglichkeiten an:

- Ausländer stehen stärker unter dem Druck, möglichst bald zur Arbeit zurückzukehren und drängen demzufolge verstärkt auf Entlassung. Diese Beobachtung konnte bei mehreren Patienten gemacht werden.
- Im Zusammenhang mit dem vergleichsweise geringen Therapieangebot entsteht auf der Station relativ bald der Eindruck, daß der ausländische Patient vielleicht fehl am Platz ist - eine Entlassung wird entsprechend frühzeitig diskutiert.
- Die Einschätzung des Krankenbildes fällt umso schwerer, je geringer der verbale Kontakt mit dem Patienten ist. Es kann deshalb zu Fehleinschätzungen kommen, die die Ursache für eine vorzeitige Entlassung darstellen.

Es muß betont werden, daß alle drei Interpretationen mehr oder weniger spekulativ sind. Vielleicht spielen noch andere, unbekannte Gründe eine Rolle, wahrscheinlich kommt nicht nur eine Ursache als Erklärungsmöglichkeit in Betracht.

4.1.3.8 Ergebnis der Behandlung
Es wurde zwischen "nicht behandelt - verschlechtert - unverändert - gebessert" unterschieden. Einen Überblick gibt die Tabelle 17:

Ergebnis	PGA		PGD		NGA	
	n	%	n	%	n	%
nicht behandelt	3	6,1	-	-	-	-
verschlechtert	-	-	-	-	2	5,4
unverändert	11	22,5	3	7,5	13	35,1
gebessert	35	71,4	37	92,5	22	59,5
gesamt	49		40		37	

Tab. 17: Ergebnis der Behandlung

Bei den Patienten aus der PGA die nicht behandelt wurden, handelt es sich um einen Gutachtenfall und zwei Kurzzeitpatienten die auf Entlassung drängten. Die beiden Patienten aus der NGA mit dem "Ergebnis" verschlechtert wurden in die Neurochirurgie verlegt (nach Hirntumordiagnostik). In der Rubrik "gebessert" wurde in den Krankenblättern teilweise auch zwischen leicht und stark gebessert unterschieden. Bei 9 (18,3 %) ausländischen und 10 (25,0 %) deutschen Patienten fand sich der Vermerk "stark gebessert". Insgesamt scheint der Unterschied von über 20 % in der Rubrik "gebessert" zwischen PGA und PGD zu Ungunsten der PGA eine nachteilige Position des Ausländers in der Klinik zu bestätigen.

Aufgrund der vorliegenden Zahlen kann man also - bei aller gebotenen Vorsicht - formulieren: vermehrt psychopathogene Faktoren in der "prepatient phase" - Diagnostik erschwert, erhöhte Gefahr von Fehldiagnosen - relativ geringes Therapieangebot - relativ kurze Aufenthaltsdauer - insgesamt ungünstiges Behandlungsergebnis.

4.1.3.9 Falldarstellungen

In der nachfolgenden Kasuistik soll schwerpunktmäßig auf ausländerspezifisch scheinende Probleme eingegangen werden. Die Beschreibung der einzelnen Fälle erfolgt zum Teil stichwortartig, ein Anspruch auf eine umfassende Problemdar-

stellung oder Hintergrundsanalyse kann nicht erhoben werden.

Fall 2:

25-jähriger Jugoslawe, verheiratet, Fabrikarbeiter. Seit 10 Jahren in Deutschland, noch nie psychisch krank gewesen, gute Sprachkenntnisse.

Aufnahmegrund: Suicidversuch mit Tabletten.

Erstdiagnose: Endogene Depression.

Endgültige Diagnose: Depressive Neurose,
episodischer Alkoholmißbrauch.

Zur Vorgeschichte: Schwierigkeiten mit dem Vater, der wegen chronischen Alkoholmißbrauchs mehrfach behandelt wurde und sozial abstieg, seit Jahren zerrüttete Ehe, kann sich mit Arbeitsbedingungen nicht abfinden (Schichtarbeit, weiter Anfahrtsweg, Konflikte mit Arbeitskollegen), schlechte Wohnsituation. In letzter Zeit immer häufiger Magenbeschwerden, Krämpfe und Kopfweh.

Stellt hohe Ansprüche an sich selbst, möchte beruflich vorankommen, belegt Fernkurse.

Leidet stark unter der Ausländerdiskriminierung in der BRD. Hat dank seiner Sprachkenntnisse guten Kontakt zu Mitpatienten, zum Personal dagegen weniger: er findet, daß viel zu viel Leute beschäftigt sind, aber "wenn man jemand braucht ist niemand da". Am Therapieprogramm nimmt er voll teil, obwohl er das alles ein bißchen "kindisch" findet. Keine Medikamente.

Psychologische Tests:

Sensibel introverse Züge, erhöhte Angstbereitschaft, hohe Ansprüche, erhöhter Kontaktwunsch, Gehemmtheit. "Ausgeprägte neurotische Tendenz mit starkem Leidensdruck und sehr erhöhten nervösen psychosomatischen Beschwerden."

Aufenthaltsdauer: 25 Tage

Therapieergebnis: Bei der Entlassung unveränderter Zustand.

Im Vordergrund steht bei diesem Patienten die Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit, die sich in Depressionen und psychosomatischen Beschwerden manifestiert.

Fall 3:
22-jähriger Italiener, ledig, Malergehilfe, seit 2 Jahren in Deutschland, seit 3 Jahren mehrfach in psychiatrischer Behandlung, schlechte Sprachkenntnisse.
Diagnose: Akute schizophrene Episode.
Aufnahmeanlaß: Zerstörte während eines Gottesdienstes für jugoslawische Arbeiter ("die beten nicht richtig") die Kirchenorgel.
Zur Vorgeschichte: Patient ist in einem sizilianischen Dorf aufgewachsen, wo Religion, magische Vorstellungen und Verhexungsideen eine große Rolle im täglichen Leben spielen. Die familiäre Situation zuhause in Italien war sehr belastend; der Vater war schwerkrank, der Patient selbst stand dauernd im Schatten seines älteren Bruders. 1972 kam der Patient nach Deutschland um neu zu beginnen. War hier zunächst sehr isoliert, fand dann jedoch eine italienische Freundin. Ein immer wieder auftretender Verhexungswahn führt zu vielfachen fachärztlichen Behandlungsversuchen. Während eines Heimataufenthaltes wurde er einmal vom Dorfmagier mit Hilfe von Beschwörungsformeln und eines Amuletts von dem Wahn, verhext zu sein, "geheilt". Beim stationären Aufenthalt in der UNK wurde eine Verlegung nach Italien erwogen. Die Verwandten des Patienten äußerten sich dagegen, da sie schlechte Erfahrungen mit italienischen Kliniken gemacht hätten ("Wie im Gefängnis, wenig zu essen").
Bei einem zweiten UNK-Aufenthalt schien das Krankheitsbild in einen chronischen Zustand überzugehen, was zur Einlieferung in das zuständige PLK führte. Im Krankenblatt ist dies als "keine gute Lösung" vermerkt.

Im Vordergrund stehen also die kulturell gefärbte Krankheitssymptomatik einerseits und die offensichtliche Ratlosigkeit des therapeutischen Teams sowie ungünstige Prognose infolge mangelnder Alternativen andererseits.

Fall 4:
44-jährige Türkin, verheiratet, Hausfrau.
Seit drei Jahren in Deutschland, noch nie psychisch krank gewesen, schlechte Sprachkenntnisse.
Einweisungsdiagnose: (Hausarzt) Paranoide Psychose
Endgültige Diagnose: Reaktiver Erregungszustand.
Zur Vorgeschichte: Die Patientin lebt mit ihrem Mann und acht Kindern in Deutschland. Seit etwa einem Jahr zeigte sie häufig aggressive Verhaltensweisen gegen die Familie und drohte mehrfach mit Suizid. Sie habe wiederholt auf eine Rückkehr in die Türkei gedrängt, weil sie sich hier nicht zurechtfinden und anpassen könne.
Vor der Aufnahme hatte sie die Angehörigen angegriffen, der Ehemann sei blutverschmiert zum Hausarzt gekommen. Sich selbst schlug sie mehrmals mit einem Stein auf den Kopf. Sanitäter mußten sie mit Gewalt in die Klinik bringen.
Auf der Station war die Patientin völlig unauffällig und half bei der Stationsarbeit mit. Da kein Anhalt für ein psychotisches Verhalten gegeben war, wurde sie nach drei Tagen entlassen. Vorausgegangen war ein Gespräch mit dem Ehemann, der besser Deutsch kann. Es wurde empfohlen, sie in die Türkei zurückzubringen, was aber nur um den Preis der Familientrennung möglich gewesen wäre, da der Mann wegen hoher Schulden noch in Deutschland weiterarbeiten mußte.
Die Bilanz aus diesem Fall sind das Nichtzurechtfinden im Gastland sowie die fehlende Perspektive.

Fall 5:
38-jähriger Jugoslawe, verheiratet, Fabrikarbeiter
Seit vier Jahren in Deutschland, noch nie psychisch krank gewesen, schlechte Sprachkenntnisse.

Erstdiagnosen: Neurose
Endogene Psychose
Symptomatische Psychose
Psychoorganisches Syndrom

Endgültige Diagnose: Akute schizophrene Episode

Zur Vorgeschichte: Patient hatte vor 5 Monaten einen Unfall (Oberarmfraktur). Seitdem entwickelten sich multiple psychosomatische Beschwerden, die er alle auf den Unfall zurückführt, sowie ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom. Im Radio habe er gehört, daß seine gesamte Familie (die in Jugoslawien zurückblieb) umgekommen sei und daß die Polizei ihn umbringen wolle. Er habe mehrfach Suicidgedanken geäußert. Auch in der Klinik erlebt er Wahnvorstellungen. Ein jugoslawischer Kollege wolle ihn töten und sein kroatisches Blut trinken.

Nach 28 Tagen Behandlung mit Neuroleptika wurde der Patient nachhause entlassen. Die Prognose schien günstig, ambulante Kontrollen wurden angeregt.

Zwei Monate später erneute Aufnahme wegen eines Suicidversuchs. Er hatte auch wieder akustische Halluzinationen. Vom Arbeitgeber war ihm inzwischen gekündigt worden. Nach 70 Tagen stationären Aufenthalts Entlassung; es wurde eine Weiterbehandlung in Jugoslawien empfohlen.

Dritte Aufnahme 7 Monate später. Der Patient war mittlerweile in Jugoslawien gewesen. Die Symptomatik war unverändert. Erneuter Suicidversuch, erneute Kündigung. Jetzt wurde vorgeschlagen, den Patienten zu berenten und endgültig in Jugoslawien weiterbehandeln zu lassen. Über die Krankenkasse wurde dies eingeleitet.

Dieses Beispiel zeigt drei charakteristische Merkmale:

- die schwierige soziale Situation (Familientrennung, Kündigungen)
- die erschwerte Diagnosenstellung durch Verständigungsschwierigkeiten

- letztendlich auch das Scheitern der Therapie, was schließlich zur Berentung eines 38-jährigen führte.

Fall 6:
17-jähriger Türke, ledig, Fabrikarbeiter.
Seit 7 Monaten in Deutschland, keine Sprachkenntnisse.
Diagnose: Akute paranoide Reaktion.
Zur Vorgeschichte (Dolmetscher stand zur Verfügung):
Patient wohnt hier bei den Eltern, hat häufig Konflikte mit Arbeitskollegen und ist unglücklich verliebt. Seit einigen Wochen ist er zunehmend mißtrauisch, er fühlt sich verfolgt und getraut sich kaum aus dem Haus. Er müsse sich dauernd im Spiegel betrachten. Außerdem müsse er oft Erbrechen, habe Kopfweh und es sei ihm schwindelig. Der Patient wurde 4 Tage auf der neurologischen Männerstation wegen dieser Beschwerden untersucht. Ein organischer Befund konnte nicht festgestellt werden.
Auf eigenen Wunsch und auf Drängen der Eltern wird er nach einer Woche entlassen; er fühle sich auf Station sehr einsam, außerhalb ginge es ihm besser.
Dieser Fall wurde vor allem deshalb ausgewählt, weil er zum einen Probleme der Anpassung, zum anderen aber auch Probleme der Diagnostik zeigt.

Fall 7:
21-jähriger Italiener, ledig, Fabrikarbeiter.
Seit drei Jahren in Deutschland, schlechte Sprachkenntnisse.
Einweisungsdiagnose: Schizophrene Psychose
Endgültige Diagnose: Endo-reaktive Depression.
Der Patient wurde von einem PLK zur Tumordiagnostik in die HNK überwiesen, da er über dauernde Kopfschmerzen klagte. Die neurologische Diagnostik blieb ohne Ergebnis, der Patient wurde nach einigen Tagen auf eine geschlossene psychiatrische Station verlegt. Der Patient selbst glaubt, daß

seine Kopfschmerzen durch Verhexung kommen (daher die Einweisungsdiagnose).
Psychischer Befund (Auszug): "Für einen Südländer auffallend schwach ausgebildetes Mienenspiel, gehemmt, emotionale Kontaktaufnahme nicht möglich".
Verlauf (Krankenblattauszüge):

1.4. Patient verweigert jetzt die Nahrung. Wird zunehmend einsilbiger.

2.4. Italienisch sprechender Arzt exploriert den Patienten. Distanziert sich von der Einweisungsdiagnose (schizophrene Psychose). Das Verhalten des Patienten sei unter Berücksichtigung seiner Herkunft und seiner Sozialisation durchaus realitätsangepaßt.

5.4. Scheint von dem Gedanken beherrscht, bald sterben zu müssen. Sehr passives Verhalten.

23.4. Leichte Besserung. Wegen Bettenmangel Rückverlegung in das zuständige PLK.

Bei diesem Beispiel stehen wieder die transkulturelle Problematik und die erschwerte Diagnostik im Vordergrund.

4.2 Krankenblattauswertung 1971-1974. Patienten auf psychiatrischen Stationen.

4.2.1 Biographische Angaben

1. Altersangaben

Das Durchschnittsalter der von 1971 - 1974 in der UNK (psychiatrische Stationen) behandelten aA betrug bei den Männern 34,5 Jahre, bei den Frauen 32,2 Jahre. Bei beiden Gruppen stellen die 30- bis 35-jährigen den stärksten Anteil (Männer 22 %, Frauen 19,6 %). Der Altersgipfel der psychisch kranken aA liegt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen um etwa fünf Jahre höher als bei der Gesamtheit der aA (5).

2. Geschlechtsverteilung und Nationalität

Nationalität	Männer	Frauen	n	%
Jugoslawen	34	20	54	35,5
Italiener	22	12	34	22,4
Türken	16	12	28	18,4
Griechen	19	5	24	15,8
Portugiesen	4	3	7	4,6
Spanier	2	3	5	3,3
gesamt	97	55	152	100,0

Tab. 18: Geschlechtsverteilung und Nationalität

Was auffällt ist der hohe Anteil der Jugoslawen, der im Vergleich zur Gesamtheit der verschiedenen Nationalitäten in der BRD keineswegs entspricht. Eine mögliche Interpretation wurde im Abschnitt 4.1.1 "Nationalitätenverteilung" angeboten.

3. Familienstand

Von den Männern waren 74,2 % verheiratet, von den Frauen 67,3 %. Interessant scheint der hohe Anteil der 25- bis 44-jährigen alleinstehenden, psychisch kranken aA, im Vergleich zur Gesamtheit der aA:

Anteil der psychisch kranken, alleinstehenden aA im Alter von 25 bis 44 Jahren am Gesamtpatientengut: Männer 52 %, Frauen 44,4 %.

Anteil der alleinstehenden 25- bis 44-jährigen an der Gesamtzahl aller aA: Männer 26 %, Frauen 31 %.

4. Aufenthaltsdauer in der BRD

Zum Behandlungszeitpunkt waren die Männer im Durchschnitt 6,6 Jahre (n=87) und die Frauen 4,9 Jahre (n=47) in Deutschland. Bei den Italienern lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei über neun Jahren.

Schlüsselt man die Aufenthaltsdauer in Zweijahresabstände

auf, so fallen bei den psychisch kranken aA 21,9 % der Männer und 25,5 % der Frauen in diejenige Gruppe, die weniger als zwei Jahre in der BRD ist.

5. Sprachkenntnisse

In 148 der 152 ausgewerteten Krankenblättern fanden sich Hinweise über die deutschen Sprachkenntnisse der ausländischen Patienten. Es wurde versucht, aus den Krankenblattformulierungen den jeweiligen Kenntnisstand dem Schema anzupassen, das in den Interviews benutzt wurde. Einen Überblick gibt die nächste Tabelle:

Sprachkenntnisse	Männer	Frauen	gesamt
minimal	11,8 %	13,8 %	12,8 %
schlecht	37,7 %	41,8 %	39,2 %
einigermaßen	19,3 %	27,3 %	22,3 %
(sehr) gut	31,2 %	16,4 %	25,7 %
	n = 93	n = 55	n = 148

Tab. 19: Sprachkenntnisse

Das Ergebnis deckt sich in etwa mit der gesonderten Auswertung für 1974. Bei jedem zweiten ausländischen Patienten wäre ein Dolmetscher nötig, um wenigstens wichtige anamnestische Daten erfragen zu können; nur ein Viertel hat so gute Sprachkenntnisse, daß auch therapeutische Gespräche geführt werden können. Dieser Nachteil, der beim k r a n k e n Ausländer gravierend ist, spielt natürlich auch im täglichen Leben eine große Rolle.

4.2.2 Klinische Daten

4.2.2.1 Einweisungsmodus

Es wurde, wie bei den Patienten von 1974, nur die Instanz berücksichtigt, die direkt den stationären Aufenthalt veranlaßte. Überwies also z.B. ein Arzt für Allgemeinmedizin einen Patienten zum Facharzt, dieser leitete ihn der Poli-

klinik der UNK zu und von hier aus wurde die Aufnahme auf Station veranlaßt, so gilt als einweisende Stelle die Poliklinik. Da bei Patienten mit Mehrfachaufenthalten die einweisende Stelle ab und zu wechselte, ist n größer als 152.

Einweisende Stelle	ausländische Patienten %
Hausarzt	16,6
Niedergelassener Facharzt	13,7
Klinikverlegung	27,9
Poliklinik	24,4
Zwangseinweisung	3,6
Gutachten	3,0
Sonstiges	10,8
	100,0 % bei n = 168

Tab. 20: Einweisungsmodus

"Sonstiges" bedeutet hierbei Einweisung direkt vom Arbeitsplatz aus, Angehörige bringen den Patienten direkt auf Station o.ä.. Einweisungen durch die Poliklinik und Verlegungen aus anderen Krankenhäusern bzw. Kliniken stellen mehr als die Hälfte dar. Relativ niedrig erscheint der Anteil der niedergelassenen Nervenärzte. Im Großen und Ganzen scheint die Tabelle für 168 Einweisungen die Interpretationen für die Gruppe der 1974-er Patienten zu stützen.

4.2.2.2 Frühere psychische Erkrankungen

	ausl. Patienten %
nein	55,2
bereits im Heimatland	23,7
erst im Gastland	19,1
gesamt	100,0 % bei n = 136

Drei Viertel der ausländischen Patienten erkranken in der

BRD erstmals, lediglich ein Viertel war bereits im Heimatland schon einmal psychisch erkrankt.
Auf den Unterschied zur deutschen Vergleichsgruppe wurde bereits hingewiesen.

4.2.2.3 Familiäre Belastung

In 110 Krankenblättern waren Angaben über psychische Krankheiten in der Familie des Patienten zu finden. Die Ergebnisse stimmen mit denen der PGA 74 gut überein.

familiäre psychische Erkrankungen	ausländische Pat. %
nein	72,3
ja	27,7

gesamt 100,0 bei n = 110

Tab. 21: Familiäre Belastung

Zusammen mit der geringen Zahl von Vorerkrankungen, wie sie in Tabelle 20 dargestellt wurde, könnte der niedrig scheinende Anteil von Patienten, in deren Familie weitere psychisch Kranke vorkommen, mit dazu beitragen, die Hypothese von der psychopathogenen Wirkung von Stressfaktoren zu stützen.

4.2.2.4 Diagnosen

Eine genaue Aufschlüsselung der Diagnosen, wie sie im vorigen Abschnitt vorgenommen wurde, scheint bei der Zahl von 152 Patienten nicht möglich. Die Diagnosen werden deshalb zu ICD-Hauptgruppen zusammengefaßt. Alkoholismus, psychosomatische Erkrankungen und vorübergehende psychische Auffälligkeiten werden den Neurosen zugeschlagen. Bei Mehrfachdiagnosen wird nur die im Vordergrund stehende Diagnose berücksichtigt. Gesondert aufgeführt werden Suicidversuche. Die Diagnosen werden in Tabelle 22 zusammengefaßt, wobei zu berücksichtigen ist, daß für die ICD-Nr. 298 die Definition des Abschnitts 4.1.3.3 anzuwenden wäre.

ICD-Nr.	Diagnose	Männer	Frauen	gesamt	%
291	Alkoholpsychosen	6	-	6	3,9
292-294	organische Psychosen	11	3	14	9,2
295, 297, 298	Schizophrenie, paranoide Syndrome, andere Psychosen	26	16	42	27,6
296	affektive Psychosen	6	5	11	7,2
	Psychosen gesamt	49	24	73	48,0
300.1	hysterische Neurosen	11	7	18	11,8
300.4	depressive Neurose	15	15	30	19,8
300.7	hypochondr. Neurose	10	1	11	7,2
303	Alkoholismus	5	0	5	3,3
305	psychosomatische Störungen	2	2	4	2,6
307	vorübergehende psychische Auffälligkeiten	2	5	7	4,6
	Neurosen gesamt	45	30	75	49,4
	nichtpsychiatrische Erkrankungen	3	1	4	2,6
	gesamt	97	55	152	100,0

Tab. 22: Diagnosenverteilung

20 ausländische Patienten, 14 Männer, 6 Frauen, hatten bei der Klinikaufnahme einen Suicidversuch (E 950 - 957) hinter sich. Dies entspricht einem Anteil von 13,2 %. Die Diagnosenverteilung der PGA 74 entspricht der Verteilung der 152 Patienten von 1971 - 74. Neurotische Erkrankungen haben ein leichtes Übergewicht; die beiden häufigsten Erkrankungen - Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und depressive Neurose - stellen fast die Hälfte aller Krankheitsbilder. Außerordentlich gering scheint die Zahl der Alkoholkranken mit fünf, bzw. rechnet man Alkoholpsychosen hinzu, elf Patienten (7,2 %).
Bei elf Patienten wurde die Diagnose "akute paranoide Reaktion" gestellt (ICD-Nr. 298,3), die als typisch auch für Emigranten angesehen wird (hier im Sinne der Definition des Abschnitts 4.1.3.3).

4.2.2.5 Krankheitssymptomatik

In der Tabelle 23 sind die im Vordergrund stehenden Symptom sowie die Suicidversuche zusammengefaßt. Des weiteren wird Alkoholismus angeführt. Die Differenz von vier Patienten hierbei im Vergleich zur Tabelle 22 "Diagnosenverteilung" erhöht sich dadurch, daß in Tabelle 22 nur die endgültigen Diagnosen aus der ersten Seite der Krankenblätter bzw. der Epikrise eingingen, während für Tabelle 23 im wesentlichen Krankenblattvermerke herangezogen wurden.

Symptom	Männer	Frauen	gesamt	%
Wahn	23	18	41	27,0
Angst	24	17	41	27,0
Depression	51	31	82	53,9
psychosom. Beschwerden und funktionelle Ausfälle	59	35	94	61,9
Suicidversuch	14	6	20	13,2
Alkoholismus	15	-	15	9,9

n = 152 Patienten

Tab. 23: Symptomatik

In der Reihenfolge der Symptome stehen psychosomatische Beschwerden und Depressionen mit weitem Abstand an der Spitze. Von den 41 Patienten, die Wahnvorstellungen hatten, fühlten sich 24 verfolgt oder bedroht.

4.2.2.6 Therapeutische Probleme

Man muß sicher in Rechnung stellen, daß - außer Medikamenten - nicht bei jedem Patienten schriftlich festgehalten wurde, was er nun im Einzelnen während eines stationären Aufenthalts an Therapieprogrammen mitgemacht hat oder was ihm angeboten wurde. Theoretisch wäre es möglich, daß jeder Patient ein optimales Therapieangebot erhalten hat. Die Erfahrungen mit der PGA 74 lassen diese Annahme jedoch nicht zu. Das was in den Krankenblättern vermerkt wurde, ist in Tabelle 24 zusammengestellt:

Therapieart	n	%
medikamentös	112	73,8
psychotherapeutische Gespräche	56	36,8
Therapiegruppen	38	24,3
körperliche Betätigung, Sport	41	27,0

bei n = 152 Patienten

Tabelle 24: Therapieangebot

Trotz der Einschränkung, daß die Krankenblätter wahrscheinlich unvollständig sind, scheint sich zu bestätigen, was für die PGA 74 festgestellt wurde: Starke Anwendung von Psychopharmaka, psychotherapeutische Gespräche dagegen können nur mit gut einem Drittel der Patienten geführt werden. Nicht zu erklären scheint jedoch, warum z.B. Beschäftigungstherapie und Sport so wenig zum Einsatz gelangen, vor allem, wenn man Sport "unter dem Aspekt eines nonverbalen Kontakt- und Interaktionstrainings" sieht (34).

Im folgenden werden einige Punkte besprochen, die großteils als "ausländerspezifisch" angesehen werden.

a) Sprache

Bei 33 Patienten wird in den Krankenblättern ausdrücklich vermerkt, daß Sprachschwierigkeiten sich erschwerend auf die Diagnosenstellung und Therapie auswirken. Die tatsächliche Patientenzahl, für die dies zutrifft, dürfte weit höher liegen. Einige typische Formulierungen:

- "eine Psychotherapie ist wegen der Sprachschwierigkeiten nicht möglich"
- "psychischer Befund war nicht zu erheben, da der Patient kein Wort Deutsch spricht"
- "die Frage einer Psychogenie der motorischen Störungen ist wegen erschwerter Exploration nicht zu klären".

Kurzbeschreibungen:

1. 36-jähriger Grieche, Diagnose: hypochondrische Depression. Auszug aus dem wegen eines Berentungsverfahrens erstellten Gutachten: "Eine genaue Abklärung kann im Grunde genommen nur in Griechenland stattfinden."
2. 18-jähriger Türke, Diagnose: akute paranoide Reaktion. "Wegen Sprachschwierigkeiten und den aus kulturellen Gründen bestehenden Essensschwierigkeiten geriet er in eine negativistische Haltung, die den Verdacht auf einen endogenen Stupor erweckte. Unter Mithilfe von Dolmetschern war es möglich, die sprachliche Barriere zu durchbrechen .... Der Patient wurde freundlich und nicht mehr auffällig, blieb allerdings zurückhaltend".

Das zweite Beispiel leitet über zum nächsten Punkt:

b) Transkulturelle Probleme:

Bei 18 Patienten wird eine Kulturproblematik angenommen. Meist sind dies strenge Sitten im Heimatland, Moral- und Wertvorstellungen, Entwurzelungssymptome, Religionsprobleme, die unter Umständen auch vor dem kulturellen Hintergrund gesehen werden können, sind bei 8 Patienten vorhanden. Sexuelle Probleme, die zum Teil durch in bestimmten südlichen Ländern vorherrschende Moralvorstellungen (unberührt in die Ehe gehen, frühe Heirat, Verkuppeln von

Kindern) erklärt werden können, tauchen 33 mal in den Krankengeschichten auf. Bei 17 Patienten spielt das Heimweh eine mehr oder weniger große Rolle. Nachstehend wieder Zitate aus den Krankenblättern und Kurzbeschreibungen:

- "am ehesten ist an eine paranoide Reaktion zu denken, begünstigt durch Sprachschwierigkeiten und kulturspezifische Unterschiedlichkeiten zwischen Heimat und Gastland"
- "das Geborgenheitsbedürfnis wird in einem fremden Land verstärkt"
- "kann über moralische Vorstellungen der Heimat nicht hinweg"
- "Verstärkung der Symptome durch Isolation"
- "bei der Beurteilung der Intelligenz sind pseudodemente Verhaltenszüge und ein anderes kultursoziologisches Bildungsniveau zu berücksichtigen."

Kurzbeschreibungen:

1. 34-jährige Italienerin. Von anderem Krankenhaus wegen "ungebührlichen Verhaltens" eingewiesen. Verdachtsdiagnose: Schwangerschaftspsychose. Es stellt sich schnell heraus, daß sich die Patientin lediglich geweigert hatte, Medikamente zu nehmen und sich Injektionen geben zu lassen, weil sie im 5. Monat schwanger sei und Befürchtungen für das Kind hegte. Dazu komme wohl, daß sie "ihrer Abstammung gemäß, leicht überschwenglich und überschäumend"sei.
2. 30-jähriger Jugoslawe, der wegen einer Gewalttat im Alkoholrausch begutachtet wird: Auszug aus dem psychiatrischen Gutachten: "Bekanntlich kommt es in Osteuropa häufig vor, daß rational wenig differenzierte und im Gefühlsleben wenig gefestigte Persönlichkeiten durch Alkohol massiv enthemmt werden und sich dann ganz anders verhalten als sie es gewöhnlich tun".

c) Anmerkungen zur Stationsproblematik:
In 18 Krankengeschichten wird das Verhalten ausländischer Patienten auf Station erwähnt, bzw. die aufgetretenen Schwierigkeiten. Auch hier muß vermutet werden, daß die Zahl der Patienten wesentlich höher liegt, als dies den Krankenblättern nach den Anschein hat. U. a. wurden folgende Anmerkungen gefunden:

- "auf der Station konnte der Patient keinen Kontakt finden obwohl er kontaktbereit schien"
- "Kommunikation auf Station nicht möglich"
- "auf Station isoliert"
- "auf Station konnte man nur passiv zusehen, wie die Krankheit sich entwickelte. Ein aktives Handeln war wegen der Sprachschwierigkeiten nicht möglich"
- "Patient fühlte sich auf Station nicht verstanden und wurde daraufhin auf eigenen Wunsch entlassen"
- "war kaum in das Stationsleben zu integrieren"
- "auf Station kein Kontakt, da er sich nicht für vollgenommen fühlt"
- "nach anfänglichen Versuchen zog er sich von den Aktivitäten des Stationslebens zurück"
- "Pat. drängt bald auf Entlassung, weil er auf Station keinen Kontakt finden könne"
- "die (portugiesische) Patientin hatte guten Kontakt zu einem griechischen Mitpatienten"

Kurzbeschreibung:
29-jährige Jugoslawin; Diagnose: Paranoide Form der Schizophrenie. Die einfach strukturierte Patientin kann auf Station fast nur nach dem äußerlichen Verhalten eingestuft werden. Sie spricht kein Deutsch und Verwandte lassen sich kaum sehen. Sie wirkt ängstlich, mißtrauisch und depressiv und hält sich vorwiegend isoliert im Gang auf. Sie nimmt auch keinen Kontakt zu einer jugoslawischen Mitpatientin auf.

rankenblattauszug: "Die jetzige Umgebung ist für die Patientin hochpathogen, da die Sprachschwierigkeiten keinerlei kommunikative Therapie möglich machen".

f) Vorgeschlagene Alternativen zur UNK-Therapie:
Bei 22 Patienten wurde erwogen oder empfohlen die Weiterbehandlung im Heimatland fortsetzen zu lassen; 17 mal geschah dies auf Vorschlag des Arztes, fünfmal durch Drängen des Patienten oder seiner Angehörigen. Inwieweit die Vorschläge auch tatsächlich realisiert wurden und wie erfolgreich die Therapie im Heimatland war, kann nicht beurteilt werden. Bei der Lektüre einiger Krankenblätter entstand jedoch der Eindruck, daß eine derartige Entscheidung längst überfällig war. Insbesondere bei Krankheitbildern, bei denen das Hauptgewicht überwiegend auf psychotherapeutischen Gesprächen liegt, neurotischen Erkrankungen also, wurde auf die Alternative "Weiterbehandlung im Heimatland" zurückgegriffen. Zwei Patienten wurde empfohlen, einen ausländischen niedergelassenen Nervenfacharzt derselben Nationalität zu konsultieren.
Zitate aus den Krankengeschichten:
- "Entziehungskur wegen Sprachschwierigkeiten nicht möglich"
- "bei der Therapie wird eine jugoslawische Krankenschwester stark eingesetzt"
- "es wird eine situativ-orientierte Psychotherapie im Heimatland vorgeschlagen"
- "Isolation auf Station und Sprachprobleme, deshalb psychotherapeutische Behandlung im Heimatland vorgeschlagen"

Kurzbeschreibung:
47-jähriger Grieche, Diagnose: Hypochondrische Neurose. Seit über einem Jahr multiple Beschwerden (Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Kopfweh, Gastritis, Rückenschmerzen). Wirkt depressiv, mutlos; Gestik und Mimik sind

vermindert. Zunächst wird eine endogene Depression vermutet. Erfolglose Behandlung mit Antidepressiva. Differentialdiagnostisch wird jetzt an eine "exogene oder eventuell auch reaktive Komponente" gedacht. Der Patient ist 42 Tage in stationärer Behandlung; seine Sprachkenntnisse sind einigermaßen. Eines Tages erzählt er, die einzige Zeit im letzten Jahr in der er völlig beschwerdefrei gewesen sei, seien die Wochen gewesen, in denen er zuhause auf Urlaub war.

Zum Schluß des Abschnitts "therapeutische Probleme" noch eine Fallbeschreibung.

Fall 8:

18-jährige Jugoslawin, ledig, Fabrikarbeiterin.

Seit 2 Jahren in Deutschland, Sprachkenntnisse schlecht.

Diagnose: Hysterische Neurose (seit einem Jahr psychogene Gangstörungen).

Vor dem Aufenthalt auf der psychiatrischen Station wurde die Patientin mehrfach in der neurologischen Klinik mit vorübergehendem Erfolg behandelt; sie war auch in der orthopädischen Klinik zur Untersuchung, dort wurde eine Gipsbehandlung durchgeführt.

Als sie jetzt in die UNK kommt, hat sie das Glück, daß ein jugoslawischer Arzt hier arbeitet, der neben den notwendigen Sprachkenntnissen auch über eine psychotherapeutische Ausbildung verfügt. Er führt mit der Patientin psychotherapeutische Gespräche und es kommt zu einer raschen Rückbildung der Symptomatik. Die Patientin kann nach 13 Tagen entlassen werden.

Beurteilung des jugoslawischen Arztes: Die Patientin sei in einem kleinen Dorf aufgewachsen und streng patriarchalisch und konservativ erzogen worden. In der Pubertät kam sie nach Deutschland, in ein völlig anderes Milieu. Dazu seien sexuelle Probleme gekommen, auf die das Mädchen völlig unvorbereitet gewesen sei. Zusammen mit Konflikten em

Arbeitsplatz und einer schlechten Wohnsituation ließen sich die Gangstörungen leicht als Abwehrhaltung erklären.

4.2.2.7 Klinikaufenthalt

Im Durchschnitt war jeder Patient 28,2 Tage in stationärer Behandlung. Von den Patienten, die zwischen 1971 und 1974 mehrmals behandelt wurden, wurde jeweils nur der Erstaufenthalt gerechnet; dies war bei 23 Patienten der Fall.

Erstaunlich hoch scheint die Zahl derjenigen ausländischen Patienten zu sein, die Kurzaufenthalte von weniger als 10 Tagen in der UNK verbrachten; insgesamt 39, also jeder vierte Patient. Läßt man diese Kurzzeitpatienten bei der Berechnung des Durchschnittsaufenthaltes unberücksichtigt, so ergibt sich für den einzelnen Patienten eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 36,5 Tagen.

Nach einer Untersuchung aus dem Jahre 1969 beträgt die Verweildauer für die gesamte Klinik 42 Tage im Schnitt (11). Ob ausländische Patienten schneller entlassungsfähig sind, ob sie wegen mangelnder Therapiemöglichkeiten schneller entlassen werden oder ob wegen bestimmter Zukunftssorgen (z.B. Sorge um den Arbeitsplatz) häufiger auf Entlassung gedrängt wird kann wahrscheinlich nicht pauschal beantwortet werden. Alle drei Gründe scheinen eine gewisse Bedeutung zu haben; der erste Grund, die schnellere Entlassungsfähigkeit trifft sicher für viele der Kurzzeitpatienten zu, denen es gelingt, sich auf Station in wenigen Tagen von einer gewissen Symptomatik, die akut unter Streßsituationen z.B. an der Arbeitsstelle oder in der Familie aufgetreten ist, zu distanzieren.

4.2.2.8 Behandlungsergebnisse

Die Ergebnisse der Behandlung sind in Tabelle 25 aufgeführt. Die Patienten in der Rubrik "nicht behandelt" sind Gutachtenfälle oder Patienten die zu kurz in der Klinik waren, um überhaupt eine Behandlung anlaufen zu lassen. Die

einmalige Gabe eines Beruhigungs- oder Schlafmittels wurde dabei nicht als Behandlung gewertet.

Ergebnis	n	%
nicht behandelt	15	9,9
verschlechtert	2	1,3
unverändert	35	23,0
gebessert	100	65,8
gesamt	152	100,0

Tabelle 25: Ergebnis der Behandlung

Die beiden Patienten in der Rubrik "verschlechtert" wurden wegen einer Verschlimmerung von organischen Leiden, die exogene Psychosen hervorgerufen hatten, in andere Kliniken verlegt. Bei 21 der 100 Patienten aus der Gruppe der "gebesserten" Patienten wird ausdrücklich auf eine "starke Besserung" verwiesen.
Zusammenfassend läßt sich also sagen, bei zwei Dritteln der ausländischen Patienten ist die Therapie mehr oder weniger erfolgreich, bei einem Viertel dagegen bleibt sie erfolglos. Unterstellt man einmal, daß die Zahl von 65,6% einer objektiven Nachprüfung standhalten würde und nicht etwa einem Rechtfertigungsbedürfnis der Therapeuten entspringt, so scheint die Zahl von 23,0 % der unverändert Entlassenen allein schon hoch genug, um die Frage zu stell welche Möglichkeiten für diese Gruppe bleiben, ihrer Krank heit erfolgversprechend zu begegnen.

4.3 Krankenblattauswertung 1971 - 1974
Patienten auf neurologischen Stationen

Die Gründe für die Auswertung von Krankengeschichten aus dem neurologischen Bereich sowie die Kriterien für die Aufstellung der deutschen Vergleichsgruppe sind im Teil "Material und Methode" erläutert. Im folgenden Abschnitt sollen lediglich die wichtigsten biographischen und klinischen Daten aufgeführt und zum Teil gegenübergestellt werd

Die Gruppe der ausländischen Patienten auf den neurologischen Stationen wird als NGA (Neurologiegruppe Ausländer), die der deutschen Patienten als NGD (Neurologiegruppe Deutsche) bezeichnet. Die NGA besteht aus 150, die NGD aus 100 Patienten.

4.3.1 Biographische Angaben

1. Alter

Das Durchschnittsalter der NGA beträgt 34,1 Jahre (Männer 35,8 Jahre, Frauen 31,0 Jahre), das der NGD 33,7 Jahre. Da das Alter ein Kriterium bei der Zusammenstellung der Vergleichsgruppen war, ist die Differenz mit 0,4 Jahren relativ klein. Bei den ausländischen Patienten stellen die Männer zwischen 31 und 35 Jahren mit 18,4 %, die Frauen zwischen 26 und 30 Jahren mit 30,2 % die stärkste Gruppe. 40,1 % der ausländischen Patienten sind im Alter von 25 bis 35 Jahren.

2. Geschlechterverteilung

	NGA		NGD
	n	%	n
Männer	98	65,3	61
Frauen	52	34,7	39
gesamt	150	100,0	100

Tab. 26: Geschlechterverteilung

3. Familienstand

Familienstand	NGA		NGD
	n	%	n
ledig	29	19,4	36
verheiratete	117	77,9	60
geschieden	3	2,0	3
verwitwet	1	0,7	1
gesamt	150	100,0	100

Tab. 27: Familienstand

An Tabelle 27 ist lediglich der fast doppelt so große Anteil an ledigen Patienten bei der NGO auffällig.

4. Nationalitätenverteilung bei der NGA

Nationalität	n	%
Jugoslawen	45	30,0
Italiener	37	24,6
Türken	30	20,0
Griechen	29	19,4
Portugiesen	5	3,3
Spanier	4	2,7
gesamt	150	100,0

Tab. 28: Nationalitätenverteilung

Die Anteile der einzelnen Nationalitäten entsprechen recht genau der Zusammensetzung der Gruppe der psychisch kranken Ausländer von 1971 - 1974.

Familientrennung

In 101 von 150 Krankenblättern der NGA waren Angaben über die familiäre Situation vorhanden.

Familientrennung	n	%
ja	23	22,8
nein	59	58,4
teilweise	19	18,8
gesamt	101	100,0

Tab. 28: Familientrennung

"Teilweise Familientrennung" bedeutet hierbei in der Regel daß die Eltern hier sind und die Kinder zuhause bei Verwan gelassen haben.

6. Aufenthaltsdauer

Zum Zeitpunkt der Behandlung auf den neurologischen Statio nen lag die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 5,8 Jah ren. In 125 von 150 Krankenblättern war die Aufenthalts- dauer angegeben.

4.3.2 Klinische Daten

4.3.2.1 Einweisungsmodus

Für die Einweisung gelten die gleichen Kriterien wie bei den Patientengruppen 74 und 71 - 74.

einweisende Stelle	NGA		NGD
	n	%	
Hausarzt	29	19,3	26
niedergel. Facharzt	36	24,0	28
Klinik/Krankenhaus	30	20,0	19
Poliklinik der UNK	48	32,0	22
Zwangseinweisung	1	0,7	-
selbständig/Angehörige	1	0,7	1
Gutachten	5	3,3	4
gesamt	150	100,0	100

Tab. 29: Einweisungsmodus

Auffallend ist auch hier der große Anteil der Poliklinik als einweisende Stelle bei ausländischen Patienten. Ansonsten sind keine besonderen Unterschiede feststellbar.

4.3.2.2 Mehrfachaufenthalte

Von den 150 ausländischen Patienten waren 23 (= 15,3 %), von den 100 deutschen 40 mehr als einmal in stationärer neurologischer Behandlung. Nicht berücksichtigt sind dabei Kontrolluntersuchungen mit einer Aufenthaltsdauer von einem oder zwei Tagen.

4.3.2.2 Frühere Erkrankungen

In 128 Krankengeschichten der NGA fanden sich anamnestische Hinweise. Sie sind in Tabelle 30 zusammengestellt.

	n	%
noch nie ernstlich krank gewesen	63	49,2
Krankheiten ohne Zusammenhang mit jetziger Erkrankung	26	20,2
jetziges Krankheitsbild schon früher (seit mehr als 1 Jahr)	39	30,6
gesamt	128	100,0

Tabelle 30: Frühere Erkrankungen

Ein knappes Drittel aus der NGA verspürte bereits ein Jahr oder länger Symptome der Erkrankung, bevor es zum ersten stationären Aufenthalt kam.

4.3.2.4 Familiäre Belastung

Familienanamnestische Angaben waren in 117 Krankenblättern der NGA aufzufinden. Nur bei 10 Patienten (8,5 %) hatten Familienangehörige neurologische oder psychiatrische Erkrankungen.

4.3.2.5 Diagnosen

Das nachfolgende Schema für die Diagnosenverteilung ließe sich sicher weiter differenzieren; da dieser Abschnitt der Untersuchung jedoch mehr kursorischen Charakter hat, wird davon ausgegangen, daß es der Absicht, hypothetische Ansichten zu formulieren, Genüge leistet.

Hauptdiagnosen	NGA		NGD
	n	%	
neurologische Erkrankung	82	54,7	70
psychosomatische Erkrankung	18	12,0	6
neurologische und psychiatrische Erkrankung	16	10,7	6
psychiatrische Erkrankung	17	11,3	7
ungeklärte Fälle	15	10,0	10
Behandlung abgebrochen	2	1,3	1
gesamt	150	100,0	100

Tab. 31: Diagnosen

Ein Drittel der NGA ist psychisch (mit)erkrankt, in der NGD ist die Zahl der Patienten, wo eine psychiatrische Problematik vorliegt 19 %. Der Unterschied könnte zweierlei bestätigen:

- Zum einen, daß psychosomatische Beschwerden bei ausländischen Patienten relativ häufig sind; dies wurde auch bei den Petienten auf den psychiatrischen Stationen vermerkt.

- Zum anderen, daß ein relativ großer Teil der ausländischen Patienten im Prinzip auf der falschen Station behandelt wurde. Psychogene Erkrankungen stellen in der NGA 23,3 %, in der NGD dagegen nur 13 % der Gesamtdiagnosen.

Die Annahme, daß infolge verschiedener Schwierigkeiten bei der Diagnosenstellung für die NGA die Zahl der ungeklärten Fälle im Vergleich zur NGD höher liegen müssen, konnte nicht bestätigt werden.

4.3.2.6 Krankenblatthinweise zum Verständigungsproblem

Bei 91 Patienten fanden sich Hinweise auf Sprachschwierigkeiten. Tatsächlich dürfte die Zahl derjenigen Patienten, bei denen es sprachliche Probleme gab, noch höher sein.

	n	%
Anamnese/Exploration erschwert	58	38,7
Anamnese mit Hilfe von Angehörigen	10	6,7
Anamnese mit Hilfe von Dolmetscher	23	15,3
Keine Hinweise im Krankenblatt	51	34,0
"gute Kenntnisse" erwähnt	8	5,3
gesamt	150	100,0

Tab. 32: Sprachprobleme bei der NGA

4.3.2.7 Psychischer Befund

Im Zusammenhang mit der Hypothese, daß ausländische Patienten auf den neurologischen Stationen vergleichsweise häufig psychisch erkrankt sind, interessierte auch der psychische Befund in den Krankengeschichten.

psychischer Befund	n	%
unauffällig	53	35,3
krankheitsbedingte Auffälligkeiten	58	38,6
Auffälligkeiten, die anders erklärt werden (Mentalität u.a.)	11	7,4
Befund nicht oder nur mit Einschränkungen erstellbar	15	10,0
kein Befund vorhanden	13	8,7
gesamt	150	100,0

Tab. 33: psychischer Befund

Die Zuordnung des psychischen Befundes zu einer der obrige Gruppen blieb weitgehend unbefriedigend. Bei Auffälligkeiten, die nicht eindeutig als nicht krankheitsbedingt in de Krankengeschichten dargestellt wurden, wurde angenommen, sie seien krankheitsbedingt. Man kann wahrscheinlich davon ausgehen, daß einem Teil der "Auffälligkeiten" lediglich eine falsche Einschätzung des Untersuchenden zugrundeliegt

4.3.2.8 Therapie

Bei 57 Patienten (38,0 %) war in den Krankenblättern eine Mehrfachtherapie erwähnt.

Behandlung	n	%
medikamentös (außer Psychopharmaka)	111	79,4
krankengymnastisch	31	20,6
psychotherapeutische Gespräche	6	4,0
Psychopharmaka	43	28,6
nicht behandelt	9	6,0

Tabelle 34: Therapie

Nicht berücksichtigt wurde in der Gruppe "psychopharmakol gische Behandlung" die Abendmedikation in Form von Schlaf- mitteln. Die relativ hoch erscheinende Zahl von 28,6 % de Patienten, die (auch) Psychopharmaka erhielten, läßt wohl ebenfalls den Schluß zu, daß während der Behandlung bei

einem Teil der Patienten psychogene Beschwerden angenommen wurden.

4.3.2.9 Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer der 150 Patienten der NGA betrug 26,7 Tage. Läßt man sehr kurze (bis 5 Tage) und sehr lange (mehr als 100 Tage) unberücksichtigt, so ergibt sich eine Aufenthaltsdauer von 23,9 Tagen pro Patient. Daher sind 5 Langzeit- und 15 Kurzzeitpatienten entfallen. Bei den Patienten der deutschen Vergleichsgruppe war die Verweildauer im Schnitt 26,0 Tage. Ohne die 17 Kurzzeit- und 3 Langzeitpatienten waren es durchschnittlich 24,6 Tage.
Nennenswerte Unterschiede in der Dauer der Behandlung sind also nicht vorhanden.

4.3.2.10 Ergebnis der Behandlung

Bei 8 Patienten aus der NGA war den Krankengeschichten zu entnehmen, zu welchem Erfolg die Therapie geführt hat. Es sind deshalb nur Angaben über 142 ausländische Patienten vorhanden.

Ergebnisse	NGA		NGD
	n	%	
nicht behandelt	9	6,4	7
verschlechtert	1	0,7	-
unverändert	40	28,3	28
gebessert	85	59,7	55
verlegt	7	4,9	10
gesamt	142	100,0	100

Tab. 35: Therapieerfolg

Bei den Patienten der Gruppe "gebessert" wird teilweise unterschieden zwischen "leicht gebessert","stark gebessert", oder"anfallsfrei". Bei den Verlegungen handelt es sich in der Regel um Patienten, die zur Operation in die Neurochirurgie kamen. Die Behandlungsergebnisse sind bei der NGA und NGD ziemlich gleich.

4.4 Tagesprotokolle

Bei zehn ausländischen Patienten wurde insgesamt über 1123 Stunden an 144 Tagen Protokoll geführt, bei zehn deutschen Patienten über 719 Stunden an 117 Tagen. Im folgenden werden die Einzelvermerke den beiden Gruppen gegenübergestellt; zum besseren Vergleich wurde die Zahl der Vermerke bei der deutschen Gruppe so hochgerechnet, als ob die Beobachtungszeiträume beider Gruppen gleich lang gewesen wären. Waren in einer Rubrik weniger als 10 Einträge, so blieben diese unberücksichtigt.

4.4.1 Ortsangabe

	ausl. Pat.	deutsche Pat.
Zimmer	276	266
Aufenthaltsraum	519	380
Flur	75	90
Küche	79	47
Stationszimmer	31	11
auf andere Station	15	-
beim Sport	53	83
Beschäftigungstherapie	81	67
Klinikgarten	32	27
Stadtausgang	110	131
Tagesurlaub	29	14
Sonstiges	-	14

Tabelle 36: Ortsangabe

An der Zusammenstellung fällt auf, daß sich die ausländischen Patienten weit häufiger im Geeinschaftsraum aufhielten, daß sie doppelt so oft auf Urlaub zuhause waren, und daß sie des öfteren auf andere Stationen gingen, vermutlic um Landsleute zu besuchen. Sie halfen häufiger in der Küch waren öfter bei der Beschäftigungstherapie, dafür weit weniger beim Sport.

.4.2 Tätigkeit

Was der Patient gerade tut kann in "offizielle Veranstaltungen" (Visite, Gruppengespräch, Stationsarbeit) und freiwillige Beschäftigung unterteilt werden.

	ausl. Pat.	deutsche Pat.
Visite	54	48
Gruppengespräch	37	67
Stationsarbeit (offiz.)	24	40
Stationsarbeit (freiwillig)	93	22
Lesen	47	43
Radio, TV	154	86
Unterhaltung	256	268
Spiele	190	70
passives Verhalten	437	414
Sonstiges (außerhalb der Station, Mahlzeiten etc.)	456	382

Tabelle 37: Tätigkeit

Vom "Stationsangebot" (Radio, TV, Spiele, Mithelfen auf der Station) machten die ausländischen Patienten erheblich mehr Gebrauch als die deutschen. Ansonsten sind größere Unterschiede nicht feststellbar, außer die bei der Ausländergruppe geringere Teilnahme am Gruppengespräch, was an sich zu erwarten war.

4.4.3 Kommunikation

Mit wem und wie oft die Patientengruppen während des Beobachtungszeitraumes sprachen oder sich unterhielten ist aus Tabelle 38 ersichtlich.

Kommunikation	ausländ. Pat.	deutsche Pat.
mit Pflegepersonal	137	182
Arztgespräch	35	48
mit anderen Patienten	301	411
mit Besuchern	59	13
mit Sonstigen	-	15

Tab. 38: Kommunikation

Es konnte erwartet werden, daß die Kommunikation bei ausländischen Patienten eingeschränkt ist im Vergleich zu deutschen. Die Tabelle bestätigt diese Vermutung. Außer mit Besuchern, bei denen es sich wohl meist um Familienangehörige oder andere Landsleute handelt, ist die Zahl der Gespräche mit den aufgeführten Personengruppen durchweg geringer als bei den deutschen Vergleichspatienten.

4.4.4 Art der Kommunikation

Es wurde unterschieden zwischen Anordnungen des Personals mit entsprechender Erklärung, Information des Patienten über seine Krankheit, Behandlung etc., längere Gespräche (Patient - Mitpatient, Patient - Angehöriger des Personals), affektiver Zuwendung (Kurzverhalten: Frage nach dem Befinden, Ermunterung etc.) und unfreundlichem Verhalten seitens des Personals.

Art der Kommunikation	ausl. Pat.	deutsche Pa
Anordnung	-	16
Information	32	42
längeres Gespräch	89	196
affektive Zuwendung	130	266
unfreundliches Verhalten	-	17

Tab. 39: Art der Kommunikation

Auch hier sind die Möglichkeiten für den ausländischen Patienten eingeschränkt. Die Palette der verschiedenen Möglichkeiten der verbalen Kommunikation ist bei der Gruppe deutscher Patienten umfangreicher; es wird auch ungleich häufiger von den verschiedenen Möglichkeiten Gebrauch gemacht. Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß die zehn ausländischen Patienten die verschiedenen Angebote, die eine sinnvolle Einteilung des Tages und Zeitstrukturierung ermöglichen, zumindest in gleicher Weise, teilweise sogar

noch besser zu nutzen verstanden als die deutschen. Dies scheint nach den Auswertungen der Patientengruppe 1971-1974 und der gesonderten Auswertung der PGA 74 überraschend. Nicht überraschend ist dagegen die eingeschränkte Möglichkeit der Kommunikation.

4.5. Personalbefragung

4.5.1 Befragung der Ärzte

An der Befragung zum Thema "ausländische Patienten in psychiatrischer Behandlung nahmen 19 Ärzte teil. Die geringe Zahl gebietet eine vorsichtige Interoretation, eine weitere Einschränkung der Aussagekraft der Antworten mag darin liegen, daß die Fragen sehr direkt gestellt wurden und wohl auch teilweise Antworten in einer bestimmten Richtung schon implizierten. Eine Beurteilung, ob die Antwort jeweils mit der tatsächlichen Ansicht des Betreffenden übereinstimmt, fällt also schwer. Die Auszählung brachte folgende Ergebnisse:

Frage 1: Wo liegen Schwierigkeiten bei der Behandlung von ausländischen Arbeitnehmern?

Antworten:	große Schwierigkeiten	teilweise	keine
mangelnde Verständigung	13	6	-
mangelnde intellektuelle Fähigkeiten des Patienten	-	5	12
soziale Rehabilitation erschwert	3	11	5
Isolation des aA auf der Station	1	9	7
andere Mentalität	5	8	6
Probleme, die sich mit der Religion des aA ergeben	-	8	10
transkulturelle Probleme	3	9	6

Weiter wurde angeführt:

- kulturspezifische Färbung der Syndrome
- andere Akzentuierung der psychosexuellen Entwicklungsphasen

- geringes Sozialprestige der aA
- aA sind "Patienten auf Zeit"

Frage 2: Werden bei der Therapie von aA andere Schwerpunkte als bei deutschen Patienten gesetzt?

Antworten:

Therapieart	häufiger	weniger	gleich o
medikamentös	12	-	5
Gruppen-, Werktherapie	2	5	8
physikalische Therapie	6	-	12
Gruppengespräch	-	9	8
psychotherapeut. Gespräche	-	13	4
Soziotherapie	3	-	14

Die Annahme, daß ausländische Patienten häufiger Psychopharmaka erhalten und weniger psychotherapeutisch betreut werden können, wird von den meisten der befragten Ärzte bestätigt.

Frage 3: Wie sind die Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie verschiedener Krankheitsgruppen bei ausländischen Patienten grundsätzlich einzuschätzen?

Antworten:

Diagnosengruppe	schlecht	einigermaßen	gut
Neurosen	13	2	-
Schizophrenie	1	9	5
affektive Psychosen	2	9	4
Konfliktreaktionen	6	8	1
Alkoholismus	13	2	-

Die schlechtesten Prognosen haben Alkoholismus und Neurosen mutlich weil die bei diesen Krankheiten im Vordergrund stehende psychotherapeutische Führung bei ausländischen Patienten nur in eingeschränktem Maß zur Verfügung steht.

Frage 4: Wann ist eine Weiterbehandlung im Heimatland bzw. Verlegung dorthin angezeigt?

Antworten:	meistens	manchmal	selten
bei sozialunkundigen Patienten	7	9	2
bei langer Krankheitsdauer	4	10	2

Eine Behandlung im Heimatland wurde bei bestimmten Krankheitsbildern für sinnvoll erachtet (in Klammern die Zahl der Nennungen):

schwere neurotische Entwicklung	(7)
Konfliktreaktionen	(5)
psychosoziale Isolation	(4)
Entwurzelungsdepression	(2)
chronifizierte Psychosen	(3)
psychosomatische Erkrankungen	(2)
Suchtkrankheiten	(1)
affektive Psychosen	(1)
paranoide Entwicklungen	(1)

Ein Teil der Ärzte hält eine Behandlung im Heimatland unter Umständen für sinnvoll. Die Zahlen sind jedoch niedriger als erwartet. Ob dies daran liegt, daß eine Verlegung gleichzeitig ein Stück Autoritätsverlust für den Arzt bedeutet, oder daß vom überwiegenden Teil der Befragten an die schlechte psychiatrische Versorgung in den meisten Gebieten Südeuropas gedacht wurde, muß dahingestellt bleiben.

Frage 5: Welche psychische Erkrankung ist bei ausländischen Patienten am häufigsten anzutreffen?

Antworten:	Nennungen
depressive Neurose	(7)
psychosomatische Erkrankungen	(4)
Konfliktreaktionen	(3)
Entwurzelungsdepression	(3)

Psychosen	(3)
larvierte Depression	(1)
Konversionsneurose	(1)

Frage 6: Stimmt die Behauptung, daß ausländische Patienten auf den neurologischen Stationen überdurchschnittlich oft eine psychische Komponente bei der Erkrankung aufweisen?

Antworten:		
	stimmt	10
	stimmt nicht	5
	keine Antwort	4

Mehrmals wurde über die Schwierigkeiten vor allem bei der Beurteilung von Psychosen berichtet. Scheinbar psychotisches Verhalten erklärte sich im weiteren Verlauf oder bei der Zuhilfenahme von Dolmetschern als völlig normal in Anbetracht des kulturellen Hintergrundes. Ein Psychotherapeut verwies auf die Rolle des behandelnden Arztes bei der Therapie von ausländischen Patienten:
Die mehr oder weniger erfolgreiche Beziehung zu ausländischen Patienten hänge noch vielmehr als bei deutschen Patienten von der Persönlichkeitsstruktur des Arztes ab. Der Grad der sprachlichen Kommunikation wirke sich auf sei "Vorurteil" aus. Je weniger er mit dem Patienten sprechen könne, umso mehr verfüge er in seiner Selbsteinschätzung über ein "Stigma". Seine persönliche Kompetenz in der Psychotherapie werde in Frage gestellt; bestimmte Persönlichkeitsstrukturen könnten so latente patientenaverse Einstellungen aktualisieren.
Zusammenfassend kann man feststellen, daß alle 19 Ärzte Probleme bei der Verständigung mit den ausländischen Patienten haben. Schwierigkeiten bei der sozialen Wiedereingliederung (14), mit der fremdartigen Mentalität (13) und transkulturelle Besonderheiten (12) stellen weitere wichti

Behandlungserschwernisse dar.
Dies hat u.a. zur Folge, daß die aA auf Station z.B. beim Gruppengespräch nicht immer voll integriert werden können. Auch werden nach überwiegender Meinung der befragten Ärzte die medikamentöse Therapie häufiger und die Psychotherapie weniger eingesetzt als bei deutschen Patienten. Die Prognose der verschiedenen Krankheitsgruppen wird deshalb auch recht skeptisch beurteilt. Oft wäre eine Rückverlegung in die Heimatländer sinnvoll, aber die dortige unterentwickelte Psychiatrie und ökonomische Zwänge stellen diese Maßnahme in Frage. Nach Meinung der Ärzte sind bei den aA depressive Krankheitsbilder am häufigsten anzutreffen. Auf den neurologischen Stationen scheint der Anteil psychogen (mit)verursachter Krankheiten überdurchschnittlich hoch.

4.5.2 Befragung des Pflegepersonals
Vom Pflegepersonal gaben ebenfalls 19 Personen die Fragebögen ausgefüllt zurück. Nachfolgend die Ergebnisse:
Frage 1: Ist der Umgang mit ausländischen Patienten im allgemeinen schwieriger als der Umgang mit deutschen Patienten?

Antworten:		
	ja	12
	nein	7

Mehr als ein Drittel der Befragten sieht keine besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit ausländischen Patienten.

Frage 2: Welches sind Probleme beim Umgang mit ausländischen Patienten?

Antworten:

	große	teilweise	keine Schwierigkeiten
Verständigung	11	8	-
andere Mentalität	3	7	9
mangelnde intellektuelle Fähigkeiten des Patienten	-	5	14

	große Schwierigkeiten	teilweise	keine
Angehöriger der sozialen Unterschicht	-	4	15
Probleme, die mit der Religion des Patienten zusammenhängen	2	1	16
mangelnde Anpassung auf Station	-	8	11

Neben der Verständigung werden hier vor allem mentalitätsbedingte Unterschiede genannt. Im Stationsalltag scheint es auch teilweise zu Schwierigkeiten durch mangelnde Anpassung des ausländischen Patienten zu kommen.

Frage 3: Sind ausländische Patienten auf der Station isoliert?

Antworten:

ja, meistens	2
teilweise	11
nein, selten	6

Als Begründung für die Isolation wurden neben dem Sprachproblem Mißtrauen des Patienten, Ablehnung seitens des Personals und das geringe Sozialprestige des Ausländers genannt.

Frage 4: Wie scheint es mit der Bereitschaft ausländischer Patienten, Kontakte zu Mitpatienten und zum Personal herzustellen?

Antworten:

Bereitschaft vorhanden	15
kaum Bereitschaft vorhanden	4

Daß viermal "kaum Bereitschaft vorhanden" angegeben wurde, dagegen in Frage 2 achtmal "teilweise Schwierigkeiten durch mangelnde Anpassung auf Station" angekreuzt wurde, steht in einem gewissen Widerspruch zueinander.

Frage 5: Wie ist die Beteiligung der ausländischen Patienten am Gruppengespräch?

Antworten:

meist stumme Zuhörer	8
relativ geringe Beteiligung	10
gleiche Beteiligung wie deutsche Patienten	1

Frage 6: Wie ist die Beteiligung der ausländischen Patienten bei gemeinsamen Aktivitäten im Vergleich zu deutschen?

Antworten:

weniger Beteiligung	5
gleiche Beteiligung	12
stärkere Beteiligung	2

Bei der Beteiligung an gemeinsamen Unternehmungen sind wohl keine größeren Unterschiede anzunehmen.
Ergänzend seien noch zwei Kurzberichte von Krankenschwestern über ausländische Patienten im Wortlaut wiedergegeben:

1. "Ein desorientierter Patient spricht uns nach Wochen des Schweigens mit "Du guter Mann" an. Erster Eindruck: er ist wieder da, er redet mit uns. Später stellt sich im Gespräch mit seinen Landsleuten heraus, daß der Patient fast kein Deutsch spricht, daß der eine Satz das einzige Ausdrucksmittel überhaupt war."
2. "Wir hatten gerade einen 17-jährigen türkischen Patienten aufgenommen, der sehr schlecht deutsch sprach. Zu dieser Zeit hatten wir einen zwangssuicidalen Patienten, der auf jede Art und Weise versuchte, zu Scherben zu kommen. Der Türke saß auf einem Sessel zwischen Fenster und Sofa, auf dem der andere Patient saß. Dieser nahm einen schweren Aschenbecher und wollte ihn aufs Fenster werfen. Für den Türken muß dies so ausgesehen haben,

als wolle er Deutsche ihn bedrohen. Wegen der Sprachprobleme konnte ich es dem Türken nicht verständlich machen, daß es die K r a n k h e i t des Anderen war, die ihn so handeln ließ".
Abschliessend sei bemerkt, daß seitens des Pflegepersonals die Schwierigkeiten bei der Behandlung von ausländischen Patienten ähnlich gesehen werden wie seitens der Ärzteschaft.

5. Diskussion der Ergebnisse

Nachfolgend soll versucht werden, die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung einer kritischen Bewertung zu unterziehen. Zum größeren Teil geschah dies schon bei der Kommentierung der Tabellen; deshalb wird es teilweise zu Wiederholungen kommen, andererseits wird es aus demselben Grund nicht für nötig befunden, s ä m t l i c h e Ergebnisse in der Diskussion nochmals zu kommentieren. Es sollen lediglich die Schwerpunkte der Arbeit ausführlicher zur Sprache kommen. Die Ergebnisse sind sicher nicht geeignet, fundierte wissenschaftliche Theorien zu bilden; sie dürften jedoch die Aufstellung einiger Hypothesen erlauben. Hier soll auch noch auf weitere Einschränkungen verwiesen werden. Da sich die Untersuchung über einen relativ langen Zeitraum hinzog, wurden die angewandten Methoden des öfteren überprüft und teilweise geändert. Dies hat zur Folge, daß nicht von allen Patienten die gleichen Angaben vorlagen und ausgewertet werden konnten. Manches ursprünglich konzipierte wurde fallengelassen (z.B. wurde darauf verzichtet, eine "Krankenblattbewertung" vorzunehmen, weil sich die Ansicht durchsetzte, der Umfang des Krankenblatts spiegle nicht zwangsläufig die therapeutischen Bemühungen wider), manches erst relativ spät und unter Vorbehalten in die Untersuchung aufgenommen, z.B. die Tagesprotokolle. Hier stellte sich vor allem die Frage, ob es erlaubt ist, daß ein Außenstehender Beobachtungen auf psychiatrischen Stationen sammelt und systematisch auswertet, o h n e daß Stationsarzt und Pflegepersonal davon unterrichtet sind. Die Entscheidung, dies zu tun, fiel nicht leicht. Die Ergebnisse scheinen das Vorgehen jedoch zu rechtfertigen; dazu wird später noch Stellung zu nehmen sein. Hinzu kommt auch noch die Subjektivität, die, wie bereits erwähnt, vermutlich häufiger

eine Rolle spielt als auf den ersten Blick erkennbar ist. Der Sinn der Untersuchung kann dabei lediglich sein, neben der Bildung einiger Hypothesen Fragestellungen zu erarbeiten und eventuell Anregungen für nachfolgende Untersuchungen zu geben.

5.1 Zur vorklinischen Situation

Ein großer Teil der ausländischen Patienten stand vor der Einweisung unter mehr oder weniger starken Umweltbelastungen. Dies ist zweifellos auch bei sehr vielen deutschen Patienten der Fall. Es gibt jedoch eine Reihe von Punkten, die für die meisten aA und nur für wenige Deutsche zutreffen:

- der aA ist Angehöriger der Unterschicht, Angehöriger einer Minderheit in der Gesellschaft, er befindet sich in einer Außenseiterrolle, die Umwelt ist ihm meist nicht freundlich gesonnen, seine Stellung in der Gesellschaft ist von Vorurteilen belastet (s.S. 7 ff);
- er hat Anpassungsleistungen zu erbringen, die bei der Sprachbarriere nur beginnen;
- er muß oft von seiner Familie getrennt leben;
- wegen der benötigten Aufenthaltsgenehmigung und Arbeitserlaubnis ist die weitere Zukunftsplanung oft erschwert.

Ob diese Faktoren eine pathogenetische Bedeutung haben, kann nicht definitiv entschieden werden. Man kann jedoch vermuten, daß bei einer Reihe von aA Zusammenhänge zwische Erkrankung und sozialen Verhältnissen bestehen. Dies trif zunächst nur für Patienten aus dem untersuchten Kollektiv zu, allgemeingültige Aussagen können nicht gemacht werden. Verschiedene Untersuchungen (bei insgesamt 869 Patienten) über die psychische Morbidität von aA ergeben für aA etwas niedrigere Inzidenzraten als für Deutsche (10). In diesen Untersuchungen ist jedoch nicht z.B. die Altersstruktu und das Gesundheitsverhalten der verschiedenen Gruppen berücksichtigt. Erst eine epidemiologische Untersuchung, bei

der diese Faktoren entsprechend berücksichtigt wurden, könnte eine Antwort auf diese Frage geben, ob aA eine andere psychische Erkrankungsrate haben als Deutsche. Auf diese ganze Problematik wird in der Studie von H. ESSLINGER näher eingegangen (10).

5.2. Einweisung

Die dominierende Rolle der Poliklinik der UNK bei der stationären Aufnahme kommt in den Tabellen 11, 20 und 29 zum Ausdruck. Dies gilt für neurologisch und psychiatrisch erkrankte aA, die Unterschiede zu den deutschen Gruppen sind zum Teil erheblich (Tab. 11 und 29). Es wird vermutet, daß die Entscheidung der Hausärzte bzw. niedergelassenen Fachärzte, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist oder nicht bei deutschen Patienten im allgemeinen leichter fällt als bei ausländischen und somit bei vielen aA eine Instanz mehr bis zur stationären Aufnahme benötigt wird.

5.3. Unterbringung

Von den 49 ausländischen Patienten, die 1974 auf den psychiatrischen Stationen behandelt wurden, geschah dies lediglich bei 11 Patienten auf den offenen Stationen, 37 waren auf geschlossenen Stationen untergebracht, einer befand sich in tagesklinischer Behandlung (s. Tab. 12). Das Verhältnis zugunsten der geschlossenen Stationen überwiegt also stark. Dies könnte ein Indiz für die Unsicherheit, die zumindest bei der Aufnahmesituation gegenüber dem Patienten herrscht, sein. Vor allem bei psychotischen und suizidalen Patienten erfolgt die Unterbringung auf geschlossenen Stationen. Weder die Psychosereaten noch die Suizidversuche waren bei den aA so häufig, daß die Zahlen mit der Zahl der Patienten auf den geschlossenen Stationen auch nur annähernd übereinstimmten. Es könnte also sein, daß durch die erschwerte Einschätzung des Krankheitsbildes die Unterbringung zunächst einmal vor allem nach "Sicherheitsgesichts-

punkten" erfolgt (s.S. 43/44).

5.4 Diagnostik und Krankheitssymptomatik

Bei einem größeren Teil der ausländischen Patienten traten diagnostische Probleme auf. Dies betraf auch Patienten auf den neurologischen Stationen (s. z.B. Abschnitt 4.2.2). Das Hauptproblem lag regelmäßig auf Sprachschwierigkeiten, zum Teil noch auf zusätzlichen Besonderheiten, wie andere Mentalität und transkulturellen Problemen, die den Zugang zum Patienten während der Exploration erschwerten. Bei 14,3 % (n = 49) unterschieden sich Einweisungs- und endgültige Diagnosen voneinander. Bei den Patienten auf den neurologischen Stationen war die Zahl derjenigen mit psychischen Erkrankungen erstaunlich hoch (s. Tab. 31). All diese Punkte weisen auf die Schwierigkeiten bei der Erstellung der Diagnose hin. Damit dürfte auch die Gefahr von Fehldiagnosen steigen. Am häufigsten kamen die depressive Neurose und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis vo Zusammen stellen sie fast die Hälfte aller Erkrankungen (s. Tab. 22). Von den zehn verschiedenen, im ICD-Schlüssel aufgeführten Neuroseformen werden bei der Ausländergruppe mit 152 Patienten drei verschiedene, bei der deutschen Gruppe mit 40 Patienten dagegen sieben verschiedene diagnostiziert.

Auch hier scheint die Interpretation, daß die Diagnosenstellung bei den ausländischen Patienten erschwert ist, naheliegend (s. S. 48).

Damit stellt sich zwangsläufig die Frage, was zu tun wäre um Fehlerquellen möglichst gering zu halten. Der routinemäßige Einsatz von Dolmetschern bietet sich natürlich an; bei den Patienten des Jahres 1974 entstand jedoch des öfteren der Eindruck, daß hier die Möglichkeiten begrenzt sind Optimal wäre die Beschäftigung von Ärzten der jeweiligen

Nationalität bzw. mit entsprechenden Sprachkenntnissen (evtl. konsiliardienstlich aus anderen Kliniken), doch dürfte auch dies erhebliche organisatorische Schwierigkeiten bereiten. Ob standardartisierte Fragebögen, in der jeweiligen Landessprache für die Patienten abgefasst, größeren Nutzen bringen würden, muß wohl bezweifelt werden, doch scheint es möglich, daß dies in Einzelfällen durchaus sinnvoll sein könnte. Der praktikabelste Weg scheint noch die verstärkte Inanspruchnahme von Familienangehörigen und Landsleuten mit besseren deutschen Sprachkenntnissen zu sein. (Das Gesagte gilt lediglich für die ausländischen Patienten des Jahres 1974, ob sich mittlerweile in der UNK Veränderungen in dieser Richtung ergeben haben, kann nicht abgeschätzt werden).
Bei den Krankheitssymptomen standen Depressionen (53,9 %) und psychosomatische Beschwerden (61,9 %) ganz im Vordergrund. Was die Depression anlangt, so wäre e i n Erklärungsversuch "daß Menschen unter Umweltbedingungen, die aggressivem Verhalten starke Beschränkungen auferlegen, häufig depressive Symptome entwickeln" (16). Auch das Entstehen psychosomatischer Symptome kann unter sozialpathologischen Aspekten gesehen werden: "Dem objektiven Zwang zur Einordnung in vorgegebene Strukturen der organisierten Verwertung seiner Arbeitskraft und deren Reproduktion kann sich das Individuum danach durch vereinzelten, aber endemischen Protest entgegenstellen" (4). Beide Erklärungsversuche sind bislang jedoch als rein hypothetisch anzusehen. Weitere Symptome waren Wahn und Angst mit je 27 %; Suizidversuche hatten 13,2 % der Patienten hinter sich, bei 9,9 % war Alkoholmißbrauch zu verzeichnen.

5.5. Therapeutische Probleme

Wie zu erwarten, stellte auch hier die Sprachbarriere das Haupthindernis dar. Deshalb sollte vor allem folgende Frage geprüft werden: Wird, anstelle der eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten, verstärkt Therapie aus dem

nonverbalen Bereich - also Psychopharmaka, Beschäftigungstherapie etc. - angeboten bzw. vom Patienten wahrgenommen? Man könnte vielleicht geneigt sein, anzunehmen, daß diese Frage vermutlich mit "ja" zu beantworten ist. Die Ergebnisse aus den Krankenblättern und Interviews einerseits und aus den Tagesprotokollen andererseits sind jedoch uneinheitlich und zum Teil widersprüchlich (bis auf die Punkte "psychotherapeutische Gespräche" und "eingeschränkte Kommunikation auf Station"):

- Aus den Krankenblättern und Interviews entstand zunächst der Eindruck, daß, außer der medikamentösen Therapie, das Therapieangebot für ausländische Patienten relativ klein ist (s.Tab. 16). Es muß jedoch auf die beiden gemachten Einschränkungen (Unvollständigkeit der Krankenblätter und verschiedene Befragungszeitpunkte bei der PGA und PGD) verwiesen werden.
- Die Auswertung der Tagesprotokolle erbrachte praktisch gegenteilige Resultat was die nichtmedikamentöse und nonverbale Therapie anlangt (s. Tab. 37).

Was für die erstere Annahme spricht, sind die größeren Zahlen der PGA (49) und PGD (40) im Vergleich zu den jeweils zehn Tagesprotokollen. Es scheint jedoch so, daß die Ergebnisse der Protokolle stärkeres Gewicht besitzen, da u.a. die T ä t i g k e i t e n der Patienten über einen längeren Zeitraum hinweg relativ exakt festgehalten worden sind. Unabhängig davon, wie die Frage letztendlich beantwortet werden kann, scheint sich doch eine Möglichkeit der intensiveren Therapie bei ausländischen Patienten abzuzeichnen, auf die bei der Besprechung der Tagesprotokolle zurückzukommen sein wird.

In mehreren Krankenblättern wurden t r a n s k u l t u r e l l e B e s o n d e r h e i t e n erwähnt, Probleme in diesem Zusammenhang wurden durch einige Beispiele erläutert. MARGETTS hat 1965 die Methoden und das wissenschaftliche Vorgehen der transkulturellen Psychiatrie

beschrieben: Von einer qualitativen über eine quantitative Befunderhebung zur Theorie-Bildung und schließlich zur experimentellen Erprobung von Theorien (19). Nach PFEIFFER war der Forschungsstand 1971 immer noch im wesentlichen bei der qualitativen Befunderhebung, der Beschreibung von Krankheitsbildern also (23). Auch in der vorliegenden Untersuchung war es nur möglich, transkulturelle Probleme in der Psychiatrie in wenigen Beispielen und Krankenblattzitaten zur Darstellung zu bringen, die zudem teilweise Besonderheiten in diesem Zusammenhang mehr erahnen lassen als exakt zu beschreiben vermögen.
Des öfteren werden in den Krankengeschichten Anmerkungen zur Frage der I n t e g r a t i o n des ausländischen Patienten auf der Station gefunden. In den meisten Krankenblättern waren solche Probleme nicht aufzufinden, doch darf deshalb vermutlich nicht geschlossen werden, daß Integrationsprobleme nur bei einem kleinen Teil der ausländischen Patienten existierten. Auch die Erfahrungen mit den Patienten 1974 haben teilweise bestätigt, daß es trotz intensiver Anstrengungen seitens des Personals und vermutlich auch "guten Willens" des Patienten manchmal unmöglich war, die Isolation des Patienten aufzuheben. Dies führte dann in einigen Fällen zur (vorzeitigen?) Entlassung, häufiger jedoch zu der Überlegung, ob es sinnvoll wäre, eine Weiterbehandlung in der Heimat anzuregen. Teilweise kam der Vorschlag auch vom Patienten bzw. Familienangehörigen. Ob es einem Außenstehenden möglich ist zu dieser Frage überhaupt ein kompetentes Urteil abzugeben darf wahrscheinlich bezweifelt werden, trotzdem entstand manchmal der Eindruck, daß die Entscheidung, eine Weiterbehandlung im Heimatland vorzuschlagen, das einzig Sinnvolle gewesen wäre und unnötig hinausgezögert wurde. Die Erklärung, daß der Therapeut dadurch seine eigene Kompetenz in Frage zu

stellen gezwungen war, reicht sicher nicht aus, es ist anzunehmen, daß organisatorische und finanzielle Probleme die größere Rolle spielen. Eine weitere Beobachtung, daß Angehörige derselben Nationalität gleichzeitig auf verschiedenen Stationen behandelt wurden, konnte mehrmals gemacht werden. Hier wäre zu überlegen, ob es nicht sinnvoll wäre, Angehörige einer Nationalität grundsätzlich auf einer bestimmten Station zu behandeln, damit wenigstens bei einem kleinen Teil der Patienten die Chance auf eine etwas geringere Isolierung genutzt werden könnte. Was dagegen spricht, ist die Tatsache, daß hierfür wohl nur geschlossene Stationen in Frage kommen.

Die V e r w e i l d a u e r der PGA war wesentlich kürzer als die der PGD (s. Abschnitte 4.1.3 und 4.2.2). Auffallend war weiter die relativ hoch erscheinende Zahl von ausländischen Patienten mit Aufenthalten unter 10 Tagen (etwa jeder vierte Patient). Wahrscheinlich reichen die angebotenen Erklärungsversuche für dieses Phänomen - stärkerer Entlassungsdruck; Entlassung aufgrund einer Fehleinschätzung des Krankheitsbildes; schnellere Entlassungsfähigkeit durch bestimmte, bei ausländischen Patienten häufiger vorkommende, relativ schnell abklingende Symptomatik - nicht allein aus. Es ist anzunehmen, daß noch andere, unbekannte Gründe eine Rolle spielen.

Das E r g e b n i s d e r B e h a n d l u n g zwischen PGA und PGD unterscheidet sich deutlich. 71,4 % der PGA und 92,5 % der PGD wurden gebessert entlassen; 22,5 % (PGA) bzw. 7,5 % (PGD) unverändert. Die Zahlen für die ausländischen Patienten 1971-74 (65,8 % und 23,0 %) bestätigen die Größenordnungen in etwa. In Anbetracht der geschilderten Schwierigkeiten bei der Therapie sind diese Zahlen nicht überraschend; die Frage, wie die Behandlungsergebnisse bei ausländischen Patienten verbessert werden könnten, muß trotzdem gestellt werden.

5.6 Ausländische Patienten auf neurologischen Stationen

Die Auswertung von 150 Krankengeschichten ausländischer und 100 deutscher Patienten erfolgte vor allem, um zwei Hypothesen zu überprüfen:

- Auch auf den neurologischen Stationen sind psychische Erkrankungen bei ausländischen Patienten vergleichsweise häufig.
- Auch hier die die Diagnostik erschwert, demzufolge wäre es möglich, daß Diagnosen mit dem Zusatz "... ungeklärter Ätiologie" o. ä. Formulierungen im Vergleich zu der deutschen Gruppe häufiger vorkommen.

Zur Bildung dieser Hypothesen kam es erst relativ spät im Verlauf der Untersuchung; durch die Interviews der Patienten auf den neurologischen Stationen verfestigte sich langsam der Eindruck, daß psychosomatische Beschwerden doch eine mehr oder weniger bedeutsame Rolle spielen könnten. Die zweite Hypothese dagegen wurde rein spekulativ aufgestellt. Die Ergebnisse, die nach Abschluß der Behandlung aus den Krankenblättern ermittelt wurden, scheinen die erste Hypothese zu stützen (s. Tab. 31). Bei der NGA sind Erkrankungen aus den Rubriken psychosomatische - neurologische u n d psychiatrische - psychiatrische Erkrankung um 15 % häufiger als bei der NGD (34 % und 19 %). Bei rein psychogenen Krankheitsbildern beträgt der Unterschied 10,3%. Diese Zahlen legen den Schluß nahe, daß ausländische Patienten außerhalb der UNK verstärkt einer Somatotherapie unterzogen werden, die im Prinzip nicht indiziert ist. Es wäre sicher interessant, dieser Frage einmal nachzugehen. Was die zweite Hypothese angeht, so ergeben die Zahlen aus den Krankenblättern keine Unterschiede. Bei beiden Gruppen betrug die Zahl der ungeklärten Fälle zehn Prozent. Bei der E i n w e i s u n g wird, ebenso wie bei den

psychiatrischen Gruppen, die Bedeutung der Poliklinik für die ausländischen Patienten sichtbar (Tab. 29). Ansonsten sind größere Unterschiede bei NGA und NGD nicht feststellbar.

In 91 von 150 Krankenblättern wird auf das S p r a c h - p r o b l e m verwiesen.

Bei der V e r w e i l d a u e r sind nennenswerte Unterschiede bei beiden Gruppen - im Gegensatz zu den Psychiatr gruppen - nicht vorhanden.

Desgleichen sind beim B e h a n d l u n g s e r g e b - n i s (Tab. 35) - wiederum im Gegensatz zu den Patienten auf den psychiatrischen Stationen - keine nennenswerten Unterschiede feststellbar.

Aus den letzten beiden Punkten - praktisch gleiche Verweildauer und gleiche Behandlungsergebnisse - könnte man u. U. zu der Ansicht gelangen, daß die psychischen Störungen bei der NGA im allgemeinen leichterer Natur waren und durch entsprechende Betreuung und Zuwendung rasch abklingen konnten. Dies ist jedoch lediglich eine Vermutung.

5.7 Tagesprotokolle und Personalbefragung

Was die Tagesprotokolle angeht, so wurde schon erläutert, daß dieser Abschnitt nur unter großen Vorbehalten erstellt wurde. Von kompetenter Seite war nur der für die Dissertation zuständige Dozent informiert. Im Abschnitt "Material und Methode" wurde ausgeführt, warum es nicht sinnvoll erschien, das Stationspersonal ausdrücklich zu informieren. Es sollte zwar nicht nach der Devise "Der Zweck heiligt die Mittel" vorgegangen werden, doch erschien es möglich, daß aus den Protokollen Erkenntnisse, die dem besseren Verständnis der Situation von ausländischen Patienten auf der Station dienen, gewonnen werden könnten. Ob dies tatsächlich im nachhinein als zutreffend zu bezeichnen ist kann nicht mit Sicherheit bejaht werden; es wird jedoch fü

ahrscheinlich gehalten.
an kann den Tagesablauf der Patienten in zwei Hauptbereiche unterteilen:

. Kommunikationsbereich: mit wem spricht der Patient, wie oft spricht er oder wird angesprochen, welcher Art ist die Kommunikation?
. Tätigkeitsbereich: wo befindet sich der Patient, was tut er bzw. tut er überhaupt etwas?

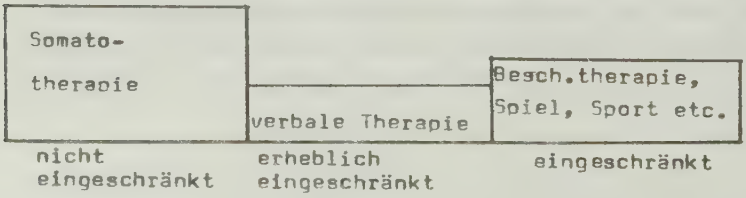
aß die verbale Kommunikation bei ausländischen Patienten ingeschränkt sein würde, war natürlich zu erwarten, die abelle 38 bestätigt diese Erwartung. Nicht unbedingt zu rwarten war dagegen, daß die verschiedenen Möglichkeiten er Kommunikation ebenfalls eingeschränkt zu sein scheien (Tab. 39). Anordnungen und unfreundliches Verhalten gegenüber ausländischen Patienten wurden im Gegensatz zu deutchen nicht registriert. Auffallend ist weiterhin, daß in er Rubrik "affektive Zuwendung", wo die Sprachbarriere igentlich eine recht geringe Rolle spielen sollte, die ahl in der deutschen Gruppe mehr als doppelt so hoch ist. ie Sprache stellt also den Hauptgrund für die mangelnde ntegration des ausländischen Patienten dar: "Die Sprache at über ihre instrumentale Funktion - nämlich Vehikel der ommunikation zu sein - hinaus noch eine integrative Aufabe zu erfüllen ... Durch seine Sprache bekundet das Individuum seine Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe mit hren Intimitäten und Geheimnissen" (35).
as nun die Aktivitäten der ausländischen Patienten angt, so wurde nach den Eindrücken aus den Interviews und ach den Angaben in den Krankenblättern zunächst angenomen, daß hier das Angebot an Therapiearten, wie Beschäftiungstherapie, Sport etc. sowie auch Aktivitäten auf Staion relativ gering seien. Es wurde auch vermutet, daß urch die eingeschränkte Kommunikation die Entfaltung von

anderen Fähigkeiten behindert werde, daß der Patient von sich aus auch weniger von dem Angebotenen Gebrauch machen würde. Die Auswertung der Tagesprotokolle erbrachte praktisch gegenteilige Ergebnisse (s. Tab. 36 und 37). Ausländische Patienten waren häufiger im Gemeinschaftsraum, auf anderen Stationen (vermutlich um Landsleute zu besuchen), bei der Beschäftigungstherapie und auf Tagesurlaub zuhause. Sie halfen weit häufiger freiwillig auf Station mit, von den Beschäftigungsmöglichkeiten auf der Station (Musik hören, Fernsehen, Spiele) machten sie ebenfalls wesentlich öfter Gebrauch als die deutschen Vergleichspatienten. Es läßt sich also sagen, daß die zehn ausländischen Patienten das nonverbale Therapieangebot stärker nutzten als die zehn deutschen. Hierfür gibt es vermutlich zwei Erklärungsmöglichkeiten:

- Das Personal versuchte - bewußt oder unbewußt - bei ausländischen Patienten häufiger sie zu einer Tätigkeit zu aktivieren, im Sinne eines nonverbalen Interaktionstrainings sozusagen.
- Die Patienten versuchten von sich aus - ebenfalls wieder bewußt oder unbewußt - als Ersatz für die eingeschränkten Gesprächsmöglichkeiten die Zeit auf der Station durch vermehrte Aktivitäten zu nutzen.

Es gibt vielleicht noch andere Interpretationsmöglichkeiten; es wird angenommen, daß jedoch diese beiden die naheliegendsten sind und für wahrscheinlich gehalten, daß b e i d e zum Teil zutreffen. Aus dem Gesagten ergibt sich ein neuer Aspekt in der Therapie von ausländischen Patienten. Zwei Skizzen sollen dies verdeutlichen:

1. Ursprünglich angenommenes Therapieschema:
   Therapiemöglichkeit im Vergleich zu deutschen Patienten



?. Mögliches Therapieschema aufgrund der Tagesprotokolle:

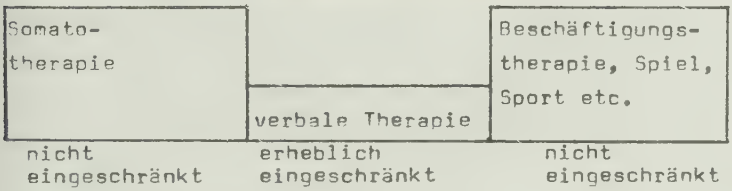


Abb. 2: Therapieschema

Aus den Skizzen könnte man vielleicht die Frage ableiten, ob es sinnvoll wäre, ein strukturiertes Therapieschema für ausländische Patienten zu erstellen und in der Praxis zu erproben. Es wird für möglich gehalten, daß sich dadurch in dem einen oder anderen Fall eine bessere Behandlungsmöglichkeit ergeben könnte. Es scheint jedoch abschliessend noch nötig, die Ergebnisse einzuschränken. Zunächst sei auf die geringe Patientenzahl verwiesen. Der Zufall kann hier eine große Rolle gespielt haben. Es ist vielleicht auch möglich, daß das Verhalten der ausländischen Patienten, da sie ja sozusagen im Mittelpunkt des Interesses standen, unbewußt gründlicher protokolliert wurde. Die subjektiven Momente wurden schon mehrmals erwähnt.

Beim letzten Abschnitt der Untersuchung, der P e r s o n a l b e f r a g u n g , berichteten Ärzte und Pflegepersonal übereinstimmend, daß die Hauptschwierigkeit bei der Behandlung von ausländischen Patienten in der Verständigung liege.

Diagnostische Schwierigkeiten, vor allem bei der Einschätzung von Psychosen, Probleme bei der sozialen Wiedereingliederung, transkulturelle Besonderheiten, fremdartige Mentalität wurden ebenfalls häufig genannt. Die Mehrzahl der Ärzte war der Ansicht, daß die medikamentöse Therapie bei ausländischen Patienten verstärkt angewandt wird - diese Ansicht wird durch den Vergleich PGA - PGD 1974 untermauert,

ebenso wie die Vermutung, daß ausländische Patienten auf den neurologischen Stationen vermehrt eine psychosomatische Symptomatik zeigen, durch den Vergleich der beiden Neurologiegruppen gestützt wird. Vom Pflegepersonal war die Mehrzahl der Überzeugung, daß ausländische Patienten auf der Station mehr oder weniger stark isoliert seien. Insgesamt waren die Ansichten, was die Schwierigkeiten gegenüber ausländischen Patienten angeht zwischen Ärzten und Pflegepersonal recht ähnlich.
Zum Abschnitt "Personalbefragung" muß hinzugefügt werden, daß die Fragen sehr direkt gestellt wurden und deshalb teilweise auch auf Ablehnung stießen.
Da Kontrollfragen unterlassen wurden, sind die Antworten auch nur begrenzt verwertbar. Es wäre vielleicht nützlich, eine ähnliche Aktion mit Hilfe von psychologisch ausgearbeiteten Fragebögen nochmals durchzuführen.

6. Zusammenfassung

An der UNK Tübingen wurden 1973 zwei medizinische Dissertationen vergeben, die sich mit dem Thema "Psychische Erkrankungen bei ausländischen Arbeitnehmern" zu befassen hatten. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Situation von ausländischen Patienten - berücksichtigt wurden ausschliesslich Arbeitnehmer und erwachsene Familienangehörige aus den Ländern des Mittelmeerraumes - , die sich in der stationären Behandlung der UNK befanden. Die "prepatient phase" konnte dabei jedoch, wie im Abschnitt 2 begründet wurde, nicht völlig außer acht gelassen werden. Als Material waren Patienteninterviews, Krankengeschichten, Tagesprotokolle und Personalfragebögen vorhanden. Neben tabellarischen Auswertungen stehen Falldarstellungen, Zitate aus den Krankenblättern und deskriptive Methoden im Vordergrund. Ziel der Untersuchung war es weniger, wissenschaftlich nicht anfechtbare Tatsachen zu präsentieren, sondern Hypothesen und Fragestellungen auszuarbeiten. Da die Ergebnisse von einer selektiven, nicht repräsentativen Patientenpopulation stammen, wurde auch versucht sie entsprechend zurückhaltend zu interpretieren.

Es war zu erwarten, daß das Sprachproblem in der Untersuchung ganz im Vordergrund stehen und sich als Haupthindernis bei der Diagnostik und Therapie erweisen würde. Als weitere Schwerpunkte stellten sich transkulturelle Besonderheiten und das Problem der Integration auf der Station heraus. Bei den Patientengruppen von 1974 konnte gezeigt werden, daß der stationäre Aufenthalt von ausländischen Patienten anders aussieht als bei deutschen: Angefangen von Einweisungsmodus und Unterbringung über Art und Dauer der Behandlung bis hin zum Therapieerfolg. Im Vordergrund bei den Patienten auf den psychiatrischen Stationen standen die depressive Neurose und Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Bei der überwiegenden Zahl der Patienten

herrschten depressive und psychosomatische Symptome vor. Auch bei den ausländischen Patienten, die auf den neurologischen Stationen behandelt wurden, waren psychosomatische Erscheinungen und rein psychiatrische Krankheitsbilder im Vergleich zur deutschen Gruppe erhöht. Behandlungsdauer und Therapieerfolg wiesen hierbei jedoch keine Unterschiede auf.

Als Ergebnis protokollierter Beobachtungen von zehn ausländischen und zehn deutschen Patienten über längere Zeiträume hinweg kann festgehalten werden, daß der Tagesablauf ausländischer Patienten anders aussieht als der deutscher - trotz - oder wegen? - eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten wird vom nonverbalen Therapieangebot verstärkt Gebrauch gemacht. Ob daraus Konsequenzen für das therapeutische Programm von ausländischen Patienten zu ziehen sind, muß im Rahmen dieser Arbeit offenbleiben.

Das ärztliche und nichtärztliche Personal sieht zum Teil erhebliche Schwierigkeiten bei der Therapie von ausländischen Patienten. Am häufigsten wurden Sprachschwierigkeiten und mangelnde Integration auf Station genannt.

7. Literaturverzeichnis

1. ALLERS, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung.
Z.f.d.ges.Neurol. u. Psychiat. 60, 281 - 289 (1920)

2. BENKERT, H., L. FLORU u. H. FREISTEIN: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern die zur stationären Behandlung in die psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.
Nervenarzt 2, 76 - 87 (1974)

3. BINGEMER, K., E. MEISTERMANN-SEEGER und E. NEUBERT: Leben als Gastarbeiter.
Westdeutscher Verlag, Opladen (1970)

4. BREDE, K.: Problemstellungen in der Psychosomatischen Medizin. In: Einführung in die Psychosomatische Medizin. Klinische und theoretische Beiträge.
Athenäum Fischer Verlag, Frankfurt, 1-37 (1974)

5. BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): Repräsentativuntersuchung 1972. Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer.
Nürnberg (1972)

6. BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT (Hrsg.): Ausländische Arbeitnehmer 1971.
Nürnberg (1972)

7. BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT: Ausländische Arbeitnehmer 1972/73.
Nürnberg (1974)

8. Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der internationalen Klassifikation der WHO: ICD.
3. Auflage, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York (1973)

9. DOHRENWEND, B. P. and B. S. DOHRENWEND: The problem of validity in field studies of psychological disorder.
J. Abnorm. Psychol. 70, 52 - 69 (1965)

10. ESSLINGER, H.: Klinische, soziale und demographische Daten über ausländische Arbeitnehmer in stationärer psychiatrischer und neurologischer Behandlung.
Med. Diss. Tübingen (1977)

11. FINZEN, A., F. GRÜNWALD, F. JANTZEN und H. WIETHOLTER: Ansatzmöglichkeiten für eine gemeindenahe Psychiatrie.
Werkstattschriften f. Sozialpsychiatrie 1, (1974)

12. FRIESSEM, D.H.: Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter.
Psychiat. Neurol. med. Psychol. 2, 78 - 90 (1974)

13. GEISELBERGER, S. (Hrsg.): Schwarzbuch. Ausländische Arbeiter.
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt (1972)

14. GLEISS, I., R. SEIDEL und H.-H. ABHOLZ: Soziale Psychiatrie.
Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt (1973)

15. HOLZBRECHER, A., K. KAIFLER, G. PFITZER, U. SEIBERT, H. J. SIEWERT, M. STREIFF, E. WALTNER und P. WALTNER: Lebensverhältnisse ausländischer Arbeiter im Landkreis Tübingen.
Tübingen (1974)

16. KENDELL, R. E.: Aggression und Depression - Epidemiologische Implikationen einer Hypothese.
In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: von Cranach, M. und A. Finzen. 233 - 246.
Springer Verlag Berlin Heidelberg New York (1972)

17. KOHN, M.: Soziale Klasse und Schizophrenie - ein kritischer Überblick. In: Sozialpsychiatrische Texte. Hrsg.: von Cranach, M. und A. Finzen. 177 - 195.
Springer Verlag Berlin Heidelberg New York (1972)

18. LÜDTKE, H. u. a.: Krankenhaus. Unveröff. Untersuchung im Rahmen eines empirischen Praktikums an der Universität Hamburg (1970)

19. MARGETTS, E. L.: Methods of psychiatric research in Africa. In: Transcultural Psychiatry. Hrsg.: A.V.S. de Reuck, R. Porter. 268 - 294.
Ciba Foundation Symposium, London (1965)

20. MURPHY, H.B.M.: Einwirkungen von Emigration und Flucht auf die psychische Verfassung. In: Pfister-Ammende, M.: Geistige Hygiene in Forschung und Praxis.
Schwabe Verlag, Basel (1955a)

21. MURPHY, H.B.M.: Refugee psychosis in Great Britain: Admissions to mental hospitals.
In: H.B.M. Murphy (Hrsg.): Flight and resettlement.
Paris (1955b), P. 173-194

22. ØDEGARD, C.: Die Epidemiologie der Psychosen.
Nervenarzt 11, 569 - 575 (1971)

23. PFEIFFER, W.M.: Transkulturelle Psychiatrie - Ergebnisse und Probleme.
Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1971)

24. PFLANZ, M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen.
Fortschr. Neurol. 9, 471-505 (1960)

25. PHILLIPS, D.L.: Social class and psychological disturbance: The influence of positive and negative experiences.
Soc. Psychiat. 3, 41-46 (1968)

26. RIEDESSER, P.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik Deutschland.
Sozialpsychiatrische Informationen 23, 46 - 54 (1974)

27. SCHWANENBERG, E.: Zum Begriff des Vorurteils. In: Leudesdorf, R. und H. Zilleßen (Hrsg.), Gastarbeiter - Mitbürger.
Gelnhausen (1971)

28. SPIEGEL-REDAKTION (Hrsg.): Unterprivilegiert. Eine Studie über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland.
Luchterhand-Verlag, Neuwied und Berlin (1973)

29. STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.): Statistik von Baden-Württemberg, Bd. 207. Die Ausländer 1973.
Stuttgart (1974)

30. STRAUBE, H.: Untersuchung zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern.
Med. Diss. München (1974)

31. STROTZKA, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie.
Rowohlt Verlag, Reinbeck bei Hamburg (1965)

32. TALIANI, E.: Der "Gastarbeiter" auf dem Weg zur Emanzipation. In: Leudesdorf, R. und H. Zilleßen (Hrsg.): Gastarbeiter - Mitbürger.
Gelnhausen (1971)

33. WENNINGER, G.: Warum Hans nicht mit Giovanni klarkommt.
Psychologie Heute 9, 71 - 77 (1975)

34. WINKLER, W. Th.: Zum Tagesablauf des psychisch Kranken in der Klinik. In: 1. Psychiatrie-Symposion, Hrsg.: H.-J. Haase, 53 - 69.
Landeck (1974)

35. WULFF, E.: Psychiatrie und Klassengesellschaft.
Athenäum Frankfurt (1972)

36. ZWINGMANN, Ch.: Die Heimwehreaktion alias "pothopatridalgia".
Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f.d. ges. Neurologie 201, 445 - 464 (1961)

37. ZWINGMANN, Ch. and M. PFISTER-AMMENDE (Eds.): Uprooting and after .....
Springer Verlag Berlin Heidelberg New York (1973)

Lebenslauf

Heinrich Rettig

geboren am 29. November 1946 in Passau als Sohn der Anna Schulz geb. Rettig.

Schulbildung

September 1953 - April 1958	Volksschule in Thyrnau bei Passau
15. April 1958 - 5. Okt. 1966	Hellenstein-Gymnasium in Heidenheim/Brenz
	Reifezeugnis vom 5.10.1966

Wehrdienst

vom Januar 1967 bis Dezember 1968 in Münsingen/Alb

Studium

ab Sommersemester 1969 Studium der Medizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Naturwissenschaftliche Vorprüfung:	10. Juli 1970
Ärztliche Vorprüfung:	22. Februar 1973
Ärztliche Prüfung:	16. Juli 1976

Seit dem 6. August 1971 verheiratet mit Helga, geb. Neubert

Die vorliegende Dissertation wurde unter Leitung von Herrn Professor Dr. A. Finzen an der Nervenklinik der Universität Tübingen angefertigt.